



| UNR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE

SALUD

**Accesibilidad a los servicios de salud en rehabilitación del
Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del
Fuego, febrero - mayo de 2019**

Nombre y apellido: Lic. Rodrigo Ezequiel Lagoria

Director del Trabajo: Dr. Juan Martín Librandi

Co-Director: Mgr. Martín Hernán Di Marco

Tierra del Fuego, 2020

ÍNDICE

CAPITULO I. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	8
INTRODUCCIÓN	8
1.1 Objetivos de la investigación	9
1.1.1 Objetivo general.....	9
1.1.2 Objetivos específicos	9
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.1 La provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur	13
2.1.2. El Centro Médico “Mamá Margarita”	14
2.1.3. Justificación de la investigación	17
2.1.4. Estado del arte.....	21
CAPITULO III. MARCO TEORICO	30
3.1 La utilización de los servicios de salud y accesibilidad	30
3.2 Barreras que afectan la accesibilidad	33
3.3 Clasificación de la accesibilidad	35
3.3.1 Como un pilar de la política pública integral	36
3.3.2 Como el eslabón que permite que la oferta se una con la demanda.....	37
3.4 El modelo social de la discapacidad.....	38
CAPITULO IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	41
4. 1 Tipo y diseño del estudio.....	41
4.2 Descripción del ámbito de estudio	41
4.3 Población	41
4.3.1 Universo y población objetivo	41
4.3.2 Unidad de análisis	41
4.3.3 Población accesible	42
4.4 Aspectos éticos de la investigación	42
4.5 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
4.5.1 Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de la Encuesta	43
4.6 Definición operacional de las variables.....	48
CAPITULO V. RESULTADOS.....	53
5.1 Datos demográficos	53
5.1.1 Sexo, edad, nivel educativo.	53
5.2 Diagnóstico de salud	55
5.3 Accesibilidad administrativa	57

5.4. Accesibilidad económica	59
5.5. Accesibilidad Geográfica	61
CAPITULO VI. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	62
7.1. CONCLUSIONES.....	74
CAPITULO VII. BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS	77
8.1. BIBLIOGRAFÍA	77
8.2. ANEXOS	83

RESUMEN

La discapacidad se ha convertido en uno de los grandes problemas de la salud pública tras la transición epidemiológica. Casi todas las personas tendrán algún tipo de discapacidad de manera temporal en algún momento de la vida. En este sentido la Organización Mundial de la Salud ha resaltado que, en la actualidad, la accesibilidad resulta un rasgo clave de un sistema de salud que garantice los derechos de las personas con discapacidad, en especial el acceso a los servicios en el área de rehabilitación. Para la elaboración de esta tesis se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se tomó como muestra 150 pacientes adultos de ambos sexos entre 18 y 65 años atendidos por el servicio de rehabilitación interdisciplinaria con el objetivo de caracterizar la accesibilidad a la atención interdisciplinaria de rehabilitación que brinda el Centro Médico Mamá Margarita. De estos, el 56,7% de los pacientes eran del sexo femenino y el 43,3% masculino. En relación al nivel de formación se observó que no existían paciente que hayan obtenido una titulación universitaria. El 86% de los encuestados tenía solo nivel primario, y el 14% restante nivel secundario. En relación al tipo de cobertura de salud que poseen los pacientes encuestados, la mayoría posee obra social (60,9%; 92 pacientes) y utiliza la salud pública el 36,66% (104 pacientes). Un 56,66% refiere tener en el camino accidentes geográficos que dificultan su traslado. La prevalencia de las lesiones de tipo permanente o crónicas en un 82,7%, que en la práctica son más difícil de tratar y menor capacidad de recuperación funcional dada su evolución. El 50% de los pacientes fue derivado por un centro de salud, y alrededor del 40% presentó una solicitud de rehabilitación de alguna especialidad médica. Respecto a la toma de medicación, queda claro que los encuestados cumplen con esa actividad (96,66%) y son ayudados a veces por los hijos y la esposa (50%) y por los enfermeros (33,33%). De forma similar se suele cumplir con la asistencia a los turnos (86,66%) y son ayudados en ese cumplimiento por la esposa (23,33%), los hijos (26,66%) y los nietos (33,33%). El 76,66% considera su estado de salud como regular (76,66%) o malo (13,33%). Se pudo concluir que existen barreras de diferente orden a la atención en el centro. La percepción de los

encuestados del servicio brindado por el centro no fue buena, dado que existieron dificultades de tipo administrativas y la señalética en algunos sectores. Se destaca la calidad atención y predisposición de todos los profesionales que trabajan en el centro de rehabilitación. Resulta importante resaltar que los problemas de accesibilidad de los pacientes que asisten al Centro Médico Mamá Margarita se deben en su mayoría a problemas económicos, administrativos y las dificultades de traslado presentadas.

Palabras clave: Accesibilidad; Acceso a los servicios de salud; Evaluación de los servicios de salud; Argentina.

ABSTRACT

Disability has become one of the great public health problems after the epidemiological transition. Almost everyone will have some type of disability temporarily at some point in life. In this sense, the World Health Organization has highlighted that, at present, accessibility is a key feature of a health system that guarantees the rights of people with disabilities, especially access to services in the area of rehabilitation. For the preparation of this thesis, a cross-sectional descriptive quantitative study was carried out. A sample of 150 adult patients of both sexes between 18 and 65 years old attended by the interdisciplinary rehabilitation service was taken in order to characterize the accessibility to the interdisciplinary rehabilitation care provided by the Mamá Margarita Medical Center. Of these, 56.7% of the patients were female and 43.3% male. Regarding the level of training, it was observed that there were no patients who had obtained a university degree. 86% of the respondents had only primary level, and the remaining 14% secondary level. In relation to the type of health coverage that the surveyed patients have, most have social work (60.9%; 92 patients) and 36.66% (104 patients) use public health. 56.66% report having geographical accidents on the way that make it difficult to move. The prevalence of permanent or chronic injuries is 82.7%, which in practice are more difficult to treat and lower functional recovery capacity given their evolution. 50% of the patients were referred by a health center, and around 40% submitted a request for rehabilitation of some medical specialty. Regarding taking medication, it is clear that the respondents comply with this activity (96.66%) and are sometimes helped by their children and wife (50%) and by nurses (33.33%). In a similar way, attendance to shifts is usually fulfilled (86.66%) and they are helped in this fulfillment by the wife (23.33%), children (26.66%) and grandchildren (33.33%). 76.66% consider their state of health as fair (76.66%) or bad (13.33%). It was possible to conclude that there are barriers of a different order to care in the center. The perception of those surveyed of the service provided by the center was not good, given that there were administrative difficulties and signage in some sectors. The quality of

care and predisposition of all the professionals who work in the rehabilitation center stand out. It is important to highlight that the accessibility problems of the patients who attend the Mamá Margarita Medical Center are mostly due to financial and administrative problems and the difficulties of transportation presented.

Keywords: Accessibility; Access to health services; Evaluation of health services; Argentina.

CAPITULO I. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

INTRODUCCIÓN

La sociedad ha experimentado, en el transcurso del tiempo, modificaciones demográficas. Los principales cambios que se han producido son el envejecimiento poblacional, con el consiguiente aumento de la población adulta mayor, aumento de la desesperanza de vida, y cambios en la estructura demográfica. La Organización Mundial de la Salud (en lo adelante OMS) ha resaltado que, en la actualidad, la accesibilidad a los servicios de salud ha ido aumentando su demanda, en especial el acceso a los servicios en el área de rehabilitación (Organización Mundial de la Salud, 2011). En Argentina, la expectativa de vida es considerada alta, superando los 76,6 años de edad. Resulta vital entonces la vigilancia de los servicios de rehabilitación, las disposiciones terapéuticas que se manejan, las vacantes para ser internados, el acceso a los medicamentos y otros cuidados, con la finalidad de elevar la calidad de vida de las personas que requieran de los servicios públicos de rehabilitación.

Estos miramientos dibujan una situación que impone el diseño de estrategias que propicien cada vez una mayor correspondencia entre el acceso a los servicios de salud y las barreras de accesibilidad a esos servicios, de esta forma, contribuir al empleo eficiente de los recursos y responder a los cambios demográficos y epidemiológico de una población cada vez más envejecida.

A pesar de buscar en diversas bases bibliográficas especializadas en salud no encontramos trabajos realizados sobre evaluación de la accesibilidad a la atención interdisciplinaria de rehabilitación en centros comunitarios de este tipo. Debido a la importancia del tema, y a su escaso estudio en Rio Grande, Tierra del Fuego, se realizó la presente investigación.

1.1 Objetivos de la investigación

1.1.1 *Objetivo general*

- Caracterizar la accesibilidad a la atención interdisciplinaria de rehabilitación que brinda el Centro Médico Mamá Margarita.

1.1.2 *Objetivos específicos*

- Describir y analizar socio-demográficamente a la población de pacientes del CMMM.
- Describir y analizar la accesibilidad administrativa, geográfica y económica para a atención en el CMMM, identificando las posibles barreras de acceso.
- Vincular las características de la población, accesibilidad y demanda en el servicio de rehabilitación que brinda el CMMM.

CAPITULOII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS señala que “La discapacidad forma parte de la condición humana. Casi todas las personas tendrán algún tipo de discapacidad permanente de manera temporal en algún momento de la vida”(Organización Mundial de la Salud, 2011, p.7).Justamente, las personas de edad avanzada experimentan dificultades crecientes de funcionamiento, perdiendo parte de su autonomía para desarrollar las tareas cotidianas. Ante la discapacidad, son muchas las personas que asumen la responsabilidad de apoyar y cuidar a familiares y amigos con discapacidades.

Cada época ha enfrentado la cuestión moral y política de cómo incluir mejor y apoyar a las personas con discapacidades. Por otro lado, la discapacidad es un tema de preocupación actual en el área de salud, ya que se estima que aumentarán las personas con discapacidad a medida que aumenta la expectativa de vida de la población(Organización Mundial de la Salud, 2011).

Desde la década de 1970, la visión con respecto a la discapacidad ha ido cambiando debido a la organización de las personas discapacitadas y el desarrollo de los derechos humanos. Históricamente, las personas con discapacidad eran segregadas y recluidas en instituciones residenciales y escuelas especiales. En la actualidad, la política referida a la discapacidad ha orientado sus acciones hacia diferentes estrategias de inclusión comunitaria y educativa. Los instrumentos internacionales referidos a los derechos humanos se han ocupado de los derechos de las personas discapacitadas sobre la base de la igualdad de oportunidades y existen instrumentos específicos referidos a la discapacidad como la Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de Personas con Discapacidad (CRPD)(Organización Mundial de la Salud, 2011).

Desde una definición amplia de discapacidad que abarca desde pequeñas dificultades en el funcionamiento hasta grandes impactos en la vida de una persona hay en América Latina aproximadamente 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad (Organización Mundial de la Salud,

2011). La prevalencia más importante se encuentra en Brasil, México, Perú, Venezuela, Colombia y Argentina. La extrema pobreza, el acceso limitado a servicios de educación y servicios médicos en el sector público, la alta tasa de desempleo, los problemas de vivienda, de acceso a servicios legales, de transporte y otros, agravan la situación de las personas con discapacidad en Latinoamérica (Amate & Vásquez, 2006).

Según la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 (ENDI), en la República Argentina se registró una prevalencia de 7.1% de algún tipo de discapacidad. Ya para los años 2010, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, "la prevalencia obtenida para el total del país a nivel población es de 12,9%, lo que representa 5.114.190 personas que declaran tener alguna dificultad o limitación permanente. Para el año 2010 a nivel hogar es de 30,6%". Es decir que en 3 de cada 10 hogares vive hoy una persona con discapacidad en Argentina.

Buenos Aires es la provincia que más casos registra (2.813.137) según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2010). En la provincia de Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur la población con dificultad o limitación permanente fue 12.016, con una prevalencia de 9,8% sobre el total de la población del país. Particularizando en nuestra problemática podemos ver a través de la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2013 que en Argentina la incidencia del accidente cerebro vascular (ACV) fue de 1,9% evidenciándose valores similares entre mujeres y hombres. Se pudo destacar que este indicador aumentó con la edad, a partir de los 50 años (50 a 64 años 3,0% - 65 y más 5,3%) en tanto que resultó más bajo en los grupos de población joven. También se observó que el menor nivel educativo estuvo asociado con una mayor prevalencia de ACV. En la provincia de Tierra del Fuego, este padecimiento fue representado por un 1,2% con IC 95%. Comparando con los datos nacionales, Tierra del Fuego posee una prevalencia menor de ACV (Galante et al., 2015).

En todo el mundo las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, académicos, una menor participación económica y tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello

es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Una de las afecciones más frecuentes a nivel mundial causantes de discapacidades son las enfermedades cerebrovasculares. La incidencia global se estima en 150-250 casos cada 100.000 habitantes en el mundo. Este padecimiento se multiplica por 10 en la población mayor de 75 años, siendo la incidencia acumulada hasta los 65 años del 3%, y aumentando hasta el 24% en los mayores de 85 años. En Argentina, cada 4 minutos una persona sufre un ataque cerebral (Somoza & Melcon, 2015b).

En la fase aguda de las enfermedades son difíciles de determinar en relación al grado de recuperación funcional del paciente a largo plazo, aunque existen escalas pronósticas. Así, en los pacientes que sobreviven a un ictus, hasta el 45% presentarán hemiparesia como secuela, un 15% afasia, un 20% no podrán caminar, el 30% sufrirá depresión o deterioro cognitivo y entre el 20 y 55% precisarán de ayuda parcial o total en sus actividades cotidianas (Somoza & Melcon, 2015a, 2015b).

Luego de la fase aguda, las metas de la rehabilitación son de ayudar a los pacientes a volverse tan independientes como sea posible y de lograr la mejor calidad de vida posible. Aunque la rehabilitación no “cura” los efectos del ACV, ya que no revierte el daño cerebral, la misma puede sustancialmente ayudar a las personas a alcanzar el mejor resultado posible a largo plazo (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012).

Recientemente, una investigación realizada en los EEUU sobre el impacto de la rehabilitación en pacientes con ACV halló que la mejoría del funcionamiento se podía encontrar hasta después de un año, ampliando el criterio tradicional de que la mejoría del estado de salud del paciente concluye al cumplirse los 6 meses de tratamiento. El 52% de los estudiados mostraron un mejoramiento importante en la marcha, en la calidad de vida y en el funcionamiento en general, sin que haya importado el estado de gravedad que

provocaba su impedimento (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012).

De acuerdo con las estadísticas de la Encuesta Mundial de Salud, que toma su información de los datos que proveen más de 51 países, las personas con discapacidad señalan que las unidades de asistencia médica carecen de las competencias suficientes para lograr atender todas sus necesidades. Sumado a esto, refiere una probabilidad de hasta cuatro veces mayor de que se otorgue un maltrato y se les negara el tratamiento adecuado para su rehabilitación. Estas necesidades cuando no son satisfechas, pueden ocasionar consecuencias en la salud y pueden deteriorar la calidad de vida de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

2.1 La provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur

La provincia de Tierra del Fuego posee ciertas características que la diferencian de otras regiones. Se encuentra relativamente aislada del resto del país y es aerodependiente. La mayoría de su población es migrante de otras regiones del país y de otros países limítrofes, afectando significativamente las redes de cuidado. En la actualidad, se han multiplicado los asentamientos urbanos en condiciones precarias (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Posee un total de 133.000 habitantes según Censo Nacional del año 2010. La mayor parte de su población posee menos de 34 años (63%) y sólo el 37 % es mayor a 34 años de edad, teniendo más de 65 años sólo el 4% de la población.

En total, entre el sector público y el privado se contabilizan un total de 37 centros asistenciales. Son siete los establecimientos con internación y 3 de ellos son del sector público (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

Su sistema de salud público se compone de dos hospitales y 13 Centros de Atención Primaria.

Con respecto a la discapacidad en el año 2010, la provincia creó el Programa Provincial de Discapacidad del Ministerio de Salud y se constituyó la Comisión Coordinadora para la Discapacidad según Ley 48, la cual establece un régimen de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad asegurando: atención médica especializada, educación con salida laboral, seguridad social, franquicias, beneficios y estímulos que permitan, en lo posible, neutralizarla desventaja que la discapacidad les provoque para lograr una mayor integración de las personas con discapacidad al medio social.

La evaluación disponible, correspondiente al año 2010, indica que el foco de los servicios del sistema de salud provincial está orientado hacia la atención del evento, el proceso diagnóstico y el tratamiento, y no en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud. También se ha detectado que el crecimiento poblacional trae aparejado mayor complejidad de la demanda sanitaria. Por último, se presenta un importante retraso en Obra pública, equipamiento y sistemas de información en el sistema público de Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

2.1.2. El Centro Médico “Mamá Margarita”

El Municipio de Río Grande posee tres centros de salud de atención primaria y es el único municipio del país en donde funciona un centro de rehabilitación pública en donde trabajan más de 50 profesionales en el área: Centro Médico “Mamá Margarita” (en lo adelante CMMM).

El CMMM es una institución dependiente de la Secretaria de Salud Municipal de Río Grande. Es un centro de tercer nivel de atención que se desempeña en el área de rehabilitación neurológica, traumatológica y cardiovascular.

El servicio de rehabilitación del centro apunta a un abordaje holístico e interdisciplinario a pacientes que han sufrido patologías como encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), politraumatismos craneoencefálicos,

postquirúrgicos de columna, rodilla, cadera, pacientes con afecciones reumatológicas, neurológicas, entre otras.

El centro abre sus puertas a partir de las 06hs donde ingresa el personal de mastranza encargados de la limpieza, aseo y mantenimiento del lugar, y conjuntamente con ellos, el personal de transporte que son los encargados de buscar a los pacientes con escasos recursos que requieren rehabilitación según el turno y horario asignado.

Desde las 08 a 19hs la atención de pacientes es distribuida según la disciplina que lo aborde en sesiones de no más de 50-60 minutos en ambos turnos, mañana y tarde. La atención diaria de todo el centro es de, aproximadamente, 25 pacientes por hora, cada uno en una terapia programada.

Por semana se reciben al menos 10 solicitudes de rehabilitación que requieren atención por parte del servicio. La gran demanda de atención que existe en la ciudad, sobrepasa la posibilidad de satisfacerla. Si bien es cierto que, a nivel de políticas públicas municipales, el CMMM es el único en la región de la Patagonia como referencia en la atención integral, existen otros institutos de rehabilitación que asisten en materia de salud, pero no de manera interdisciplinaria de manejo comunal, lo cual hace que, por ser público y gratuito, la demanda que el centro reciba sea alta.

Las políticas de salud municipal tienen como valor principal brindar atención de salud a toda la población que lo requiera, priorizando la atención para aquellas personas que no cuentan con una cobertura social que le facilite ese acceso a su atención. Esta política se garantiza con la propuesta de trabajo con 3 Centros de Atención Comunitaria (CAC)¹ubicados en distintos

¹ Los Centros de Atención Comunitaria (CAC) son instituciones dependientes de la municipalidad. Estos centros brindan una atención básica primaria. Por atención comunitaria entendemos aquella que tiene como objetivo la atención al conjunto de una población, de una comunidad definida y que busca resultados en salud. Requiere de la intervención sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, para lo que es necesario identificar las necesidades en salud en la población objeto de atención y los factores que las determinan. Siendo conocido que muchos de los problemas de salud emergentes (dependencia, inmigración en exclusión social, salud mental, riesgo cardiovascular, entre otras) tienen un origen multicausal, una de las características imprescindibles de la atención comunitaria es la necesaria intervención multisectorial y no sólo desde los servicios sanitarios.

puntos estratégicos donde la población accede a ellos de manera rápida y fácil; y con el CMMM. El objetivo es brindar servicios de rehabilitación que van desde la terapia de recuperación funcional muscular, adaptación psicosocial de la persona con discapacidad, hasta lograr que, las secuelas que hayan quedado tras una lesión de su salud no se agraven lo suficiente como para llevar al paciente a la muerte.

Para que se logre todo esto, además de la incorporación de profesionales, brinda a sus servidores capacitación continua en cuestión de recursos de salud y terapias específicas, una de las instituciones que lleva convenio con la Fundación de Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI) donde mes a mes capacitan a los profesionales en terapias de rehabilitación física y neuro-rehabilitación psicológica. Las capacitaciones se llevaron a cabo durante un año, en la cual participó el personal de atención de rehabilitación del centro médico, potenciando así el rendimiento y el servicio al público.

Gracias a la gestión de la Secretaria de Salud del municipio se dispone de la de la primera pileta terapéutica pública de la Patagonia, una innovación única en respecto a las distintas terapéuticas usadas con los pacientes que asisten al Centro. Hoy con el auge de la hidroterapia y las derivaciones de rehabilitación de los especialistas, ha incrementado las capacidades que el CMMM puede solventar, sin embargo, la demanda de los servicios de salud es superior a la oferta que se realiza en la institución.

Por la atención holística e interdisciplinaria que el Centro realiza, es renombrado y por ende el más solicitado por la comunidad. El problema radica en que el tiempo mínimo de recuperación para patologías como un ACV lleva normalmente un tratamiento entre 6 meses a un año, indistintamente de la terapéutica que se use para su recuperación, lo cual hace que el tiempo de espera de atención se prolongue.

Actualmente existen procesos políticos, económicos y normativos que están generando cambios en el centro de salud, que son los convenios de facturación con obras sociales, como los que ya están firmados con OSDE y

plan SUMAR, pues por esta medida, la demanda de atención se incrementa aún más debido a que la población con otra cobertura, demanda atención al CMMM(Municipio de Rio Grande, 2014, p. 14)

Anteriormente se han intentado otras medidas para solucionar el pedido de atención de rehabilitación, como por ejemplo armar una carpeta de archivos de “solicitud de listas de espera” y el de utilizar a los médicos especialistas como filtros para las indicaciones de rehabilitación. El trabajo fue recepcionar los pedidos de atención y, reevaluar a los pacientes y determinar la prioridad de atención. El resultado fue el incremento de la lista de espera y que se prolongue el tiempo para otorgar un turno de sesión, porque la utilidad de esta determinación solo solucionaba la solicitud de atención de quienes más lo necesitaba urgentemente sin importar si ese paciente contaba con la posibilidad de satisfacer su necesidad de atención en un servicio privado. Entonces, los pacientes sin cobertura médica, quedan imposibilitados de obtener la atención debida.

De este modo y considerando que las actuaciones de los distintos actores involucrados en la atención de salud del CMMM y que las normativas de admisión no solucionaron ni organizaron la demanda en cuanto a la prestación de servicios de salud que brinda el CMMM, y dado que los tiempos prolongados para la atención afecta aún más la salud física del paciente teniendo en cuenta que ese mismo tiempo es un recurso escaso e importante en el tratamiento y aunque está disponible nunca puede reponerse, recuperarse o reciclarse para ser utilizado en el futuro y que cada día que pasa disminuye relativamente la posibilidad de mejora es que me pregunto: ¿Cómo es la accesibilidad del CMMM ante la demanda de atención interdisciplinaria de salud en rehabilitación?

2.1.3. Justificación de la investigación

La OMS enuncia que la salud es “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Creo que, en la actualidad, esta concepción de salud se hace necesario pensarla como un proceso dinámico, cambiante e influido por el entorno

donde se desempeñe el ser humano, entendiendo que este ser no actúa de una manera aislada sino relativamente inserto en una sociedad en la cual influye, de algún modo, en el estado de salud de sus integrantes”(Herrero Jaén, 2016).

Para Frenk “la salud es más que una noción médica, es un concepto predominantemente social, porque vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad a todos los agentes de la comunidad”(Frenk, 2014, p. 447). De este pensamiento es que se vincula el dinamismo de la salud de las personas. Sin ir más lejos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU) reconoció a la salud como un derecho social en el artículo 25 que dice que “toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure - así como a su familia- la salud y bienestar...”.(Organización de Naciones Unidas, 1948, p. 6)Son los países los que tienen que incorporar ese derecho en su legislación como parte de un derecho social, como así también, garantizarlo a través de sus diferentes instrumentos de provisión (Sánchez-Torresa, 2017).

En el mundo existen millones de personas con algún padecimiento discapacitante; diversos estudios han demostrado el alto índice de carencia de acceso a una atención médica y a servicios de rehabilitación apropiados, muchos de estos se ven reflejados en países de ingresos bajos y medianos (Parra-Dussan, 2010; Sánchez-Torresa, 2017; Ballesteros, 2016). A causa de esto, las personas presentan más dificultades para conseguir un estado de salud óptimo. La carencia en la disponibilidad de los servicios, impiden que puedan participar en los diferentes aspectos de la salud.

La rehabilitación es un proceso destinado a proveer el alcance y mantenimiento de un estado de salud óptimo, así como de desempeño sensorial, físico, psíquico y social. Dentro de los aspectos más relevantes, destacan las actividades, como la fisioterapia, atención médica de rehabilitación, psicoterapia, terapia del lenguaje, y requiere de otros servicios de apoyo para potenciar la recuperación de un paciente.

En este sentido, la salud manifiesta, mirada desde un concepto integral, debe contar con infraestructura física, hospitalaria, insumos adecuados y recursos humanos y técnicos específicos para el trabajo diario; esto también implica que las organizaciones o instituciones de salud pública deben hacerse cargo de la providencia de estos recursos. Desde esta lógica también podemos decir que gracias a estas consideraciones que intentan los servicios de salud cumplir, las organizaciones de salud se convierten en un medio para establecer el contacto con la población. Si bien es cierto que, una de las cualidades que debe prevalecer en la prestación de los servicios es ser equitativos, también importa y preocupa que se logre cumplir con la disponibilidad de atención.

La OMS llama la atención a que el disfrute de los servicios de salud deberá ser promovido para garantizar la promoción y el mejoramiento de la salud, por tanto, deberá ser tomado en cuenta por el Estado, quien adoptará políticas para garantizar la equidad en el servicio y en la rehabilitación de los pacientes, en las cuatro áreas: promoción, diagnósticos, prevención, tratamiento y rehabilitación(Ballesteros, 2016).

En este sentido, la legislación local en país, tenemos como documento soberano la Constitución Nacional Argentina. Ella establece, en cuestiones de Salud que es responsabilidad del Estado garantizar el acceso y cobertura de la salud de la población bajo los principios de eficiencia, equidad y con su carácter multidisciplinario irrefutable a todos los individuos que de él requieran(Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1994).

La provincia de Tierra del Fuego desde su fundación, consolido como propia esta responsabilidad adhiriéndose a esta normativa a través de acciones y prestaciones de salud en cuestiones de recuperación y rehabilitación siempre priorizando su atención a grupos vulnerables(Gobierno de Tierra del Fuego, 1991).

Desde estas concepciones es que planteo que existen medios, actores y entes involucrados en brindar y garantizar el acceso a la salud, pero de algún

modo, no se logra el alcance ni la disponibilidad para dar cobertura. Más allá, que toda decisión en salud tiene implicaciones económicas; desde invertir fondos públicos o privados en el mantenimiento del mismo hasta brindar subsidios por parte del gobierno a la comunidad, hay principios que se están dejando de lado por solventar otros que desde cierta perspectiva son secundarios. La importancia que tiene la salud en las personas en su estado de bienestar no puede ser cuestionable. Es ineludible que, desde hace tiempo, la Secretaria de Salud Municipal de Rio Grande viene trabajando en políticas de acceso y universalidad de los servicios de salud que brinda, pero la disponibilidad y el acceso a ellos entran en un punto de tensión que hace pensar en la preocupación por si misma de cumplir con la disponibilidad de atención médica, servicios de salud y personal que atienda a las necesidades de la población(Ballesteros, 2016).

Si bien es cierto que la disponibilidad es importante, hay otros elementos que se deben considerar para que sea efectiva, entre ellos la accesibilidad juega un papel primordial. Es una realidad que, ofrecer el servicio no es sinónimo de que la persona pueda hacer uso de él. Como cita Sánchez-Torresa:

“En la accesibilidad a los servicios de atención medica interaccionan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios. Por ejemplo, son diferentes las necesidades de atención en una persona que vive en la costa a la que vive en la sierra. La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad” (Sánchez-Torresa, 2017, p. 84).

Ahora bien, “la propuesta de tener un servicio de salud universal va en función de satisfacer esa necesidad, pero también de cumplir con los derechos de las personas, además de cumplir con una política pública integral” (Sánchez-Torresa, 2017, p. 84).

2.1.4. Estado del arte

En la Declaración de Alma-Ata se define la Atención Primaria en Salud (APS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y a un coste que puedan soportar”; esta es una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral en la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios (Almeida, Artaza, Donoso & Fábrega, 2018, p. 4).

La OMS ha alertado a los países sobre la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes, que son responsables del 75% de las muertes de la población mundial; 28 millones de estas se producen en los países de ingresos bajos y en personas menores de 70 años; además, el índice de morbilidad y de discapacidad que generan estas patologías afecta a la calidad de vida, el absentismo laboral, a las condiciones sociales, aporta años de vida perdidos por discapacidad e influye en las dinámicas de desarrollo de un país, en sus indicadores de calidad de vida y en la carga de enfermedad (Castiglione, 2014).

Por ello, la estrategia de APS busca implementar medidas para combatir las ECNT, con demanda inducida, detección precoz, protección específica e intervención oportuna; sus pilares fundamentales son la participación social y comunitaria, la seguridad del individuo y la intersectorialidad para la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la estrategia. Por lo tanto, las acciones de la puerta de entrada al sistema de salud deben ser manejadas por un equipo multidisciplinar, con experiencia en los procesos de atención en los niveles de baja complejidad, a fin de mejorar la equidad, el acceso y la cobertura de la prestación de servicios de forma integral (Lago et al., 2013).

Los problemas organizacionales de los servicios de salud parecen en explicar de una manera más contundente, la falta de acceso a los servicios. Sin ignorar la importancia de las barreras relacionadas con los individuos, las

impuestas por los servicios de salud se pueden resolver más fácilmente por la dirección y los trabajadores de salud, por ejemplo, los criterios de admisión y alta, la gestión de turnos, la reorganización de profesionales y disciplinas, otros. El primer contacto con el servicio de salud es debido a la conducta de las personas que buscan que lo atiendan, pero el éxito en la búsqueda y la continuidad de la atención depende principalmente de las características de los servicios y actividades que desempeñen los profesionales involucrados, es decir, la oferta de atención de salud que estos servicios dispongan, el trato y cordialidad recibido al momento de la consulta (Frenk, 2014).

Frenk (2014) indica que la accesibilidad es una característica de los recursos de atención a la salud. Es decir que, en la lógica que el plantea, la accesibilidad conformaría un nexo entre la oferta de los servicios de salud y el uso de las mismas. Para los autores anteriormente mencionados, accesibilidad es la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Es decir que, no tan solo vincula la oferta de salud y el uso de las mismas, sino que también incluye la posibilidad de acercamiento a la población. Si dijéramos que se inaugura un efector de salud de alta complejidad en una ciudad y no se difunde su asistencia, no podríamos garantizar el uso de la misma, mucho menos si ese efector de salud se ubica geográficamente a más de 50 kilómetros de la ciudad, el acceso no sería para todos.

Además, Frenk (2014) afirma que, para que haya accesibilidad, es necesario contar con un sujeto que demande y use de los servicios de salud y que esos servicios estén a su alcance siempre teniendo en cuenta las características de ofertas de esos servicios y de la continuidad en la atención que éstos deben garantizar por decirlo de algún modo.

Si analizáramos el concepto más detenidamente, podríamos entender que la accesibilidad a los servicios de salud es la condición que va a relacionar la población que necesita los servicios de salud con el sistema de prestación de servicios los cuales deben estar garantizados su acceso de manera óptima y al alcance de todos.

Experiencias exitosas internacionales muestran la participación de la fisioterapia en los equipos multidisciplinarios en APS y se evidencia cómo ayuda a descongestionar los servicios intrahospitalarios de atención; es el caso de países como Chile, donde mediante un programa de atención en prevención y promoción musculoesquelética, con participación y educación comunitaria, se mejora la calidad de vida de los pacientes tratados, lo que genera beneficios económicos en salud, disminución de barreras de accesibilidad, y oportunidad de atención en la comunidad (Ramos Valencia et al., 2019).

En un estudio realizado por Seixas et al (2016) relevó que, la demanda de servicios de salud aumentó significativamente en la población brasileña, especialmente entre las personas sin seguro de salud, menos educadas y en residentes de zonas rurales. A su vez, la falta de acceso era baja y estable. En 2013, cada 20 personas que buscaron atención en los quince días anteriores a la entrevista, uno podría no cumplirse en el primer lugar donde buscó tratamiento la mayor parte de las razones de la falta de acceso estaban relacionadas con la falta de profesionales para satisfacer, especialmente médicos.

A pesar que el uso es una buena aproximación como dato de acceso a los servicios de salud, su definición excluye a las personas que buscaban y no pudieron ser atendidas, que es también llamado falta de acceso. Dado la escasez de información de este acontecimiento de acceso, se realizó una Encuesta Nacional por Muestreo en Brasil (PNAD), donde se determinó que, en el año 2003, aproximadamente un millón de personas no pudieron acceder a los servicios de salud en quince días anteriores a la investigación. Otro estudio nacional de la PNAD, realizado en 2009, encontró que el 1,1% de los adultos no obtuvo acceso a la consulta médica en los tres meses anteriores a la entrevista, y el 3% no tiene acceso a la hospitalización en los doce meses anteriores a la misma. Los resultados de otro estudio realizado en 2012 por la misma entidad, en el sur de Brasil, mostraron una falta de acceso de 6,5% en el mes anterior a la entrevista, lo que representa aproximadamente 4.500 de los 220.000 adultos que viven en el área urbana de Pelotas, Rio Grande do

Sul. Sin ir más lejos, podemos sospechar que, si no se tiene acceso precoz y oportuno al recibir tratamiento según cual sea la consulta, no se garantiza el adecuado funcionamiento del efector de salud y que estos problemas de organización traerían consigo implicancias fatales o letales en la población que requiere atención (Seixas et al., 2016).

Riutort y Cabarcas (2006) realizan una revisión de la literatura que analiza el impacto de las políticas de descentralización implementadas en distintos países de América Latina y el Caribe sobre distintas dimensiones de la equidad. Concluyen que estas han resultado perjudiciales en un gran número de países de la región, lo que se evidencia en la amplia brecha entre los servicios ofrecidos a los habitantes de bajos ingresos en comparación con la población de ingresos altos. Asimismo, los resultados en lo referente a la utilización de servicios por área geográfica resultan contradictorios: hay países donde el impacto fue positivo (Colombia, Costa Rica y Brasil) y en otros, negativo (Chile y México).

En Argentina, un estudio de caso a nivel local en la Provincia de Buenos Aires ha encontrado que en las poblaciones de bajos recursos, las características de la gestión local de los CAPS (medidas en términos de las condiciones de estructura y organización) son determinantes de la utilización de ciertos tipos de servicios y de la accesibilidad a estos (Lago et al., 2013).

La rehabilitación en padecimientos físicos, requiere fundamentalmente atención inmediata, si es que se cumplen con los requisitos para realizarla (compensación hemodinámica), puesto a que a mayor tiempo que pase, menor son los resultados obtenidos y mayores los riesgos de secuelas. Por otro lado, si la razón fuese que se carecían de profesionales para la atención en salud, es ahí donde el Estado debe intervenir para garantizar a la población el correcto uso de los mismos (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1994).

Seclén-Palacin y Darras (2005) investigaron de manera descriptiva los factores económicos, sociodemográficos y de accesibilidad para el cuidado,

que evidencian esa relación con la calidad de vida del paciente. Los factores se comportan de manera particular de acuerdo con el tipo de establecimiento vinculado a la salud (hospital, centro de atención integral), principalmente porque la población de usuarios era diferente. Se entrevistó a 376 usuarios de centros de salud y 327 de hospitales. Se determinó que el 62,1% de la población estudiada del centro de salud, muestran satisfacción al acceso de servicios de salud. Los usuarios de menor situación socio económica, que se atendían en un hospital, presentaron mayor satisfacción dado que la edad, educación, distancia al establecimiento y tiempo de espera presentaron asociaciones con su nivel de satisfacción de un 68,1%. Sin lugar a dudas, la accesibilidad debe garantizar el uso de los servicios de salud de modo que éstos destruyan las barreras de acceso que la población pueda tener, ya que la accesibilidad es el primer paso para garantizar una atención de calidad.

Las barreras económicas, geográficas y sociales influyen al momento de decidir donde se desea atender. El status económico brinda un tipo de solvencia y capacidad de elección entre la ciencia y la tecnología en salud, como así también acceder a lugares estratégicos de atención que no todos logran. Las especialidades más comercializables y difíciles de acceder con mayor uso de tecnologías es la cardiología o la nefrología, donde los dispositivos tecnológicos que dan mejores pronósticos, sin embargo, este tipo de tecnología solo es acceso para un reducido número de pacientes. La distancia entre un efector de salud y otro, y el alcance desde la zona rural a la ciudad, sin lugar a dudas es una barrera de acceso por naturaleza, debiendo el sujeto involucrarse económicamente para llegar a ellos o bien forzados por otros medios a utilizarlos (porque son los únicos que tienen). El nivel educacional y social influye en la capacidad de elección del sitio de atención y las alternativas terapéuticas que se adapten a sus requerimientos.

A nivel nacional se realizó un estudio en seis provincias del norte argentino (Catamarca, Chaco, Jujuy, Misiones, Santiago del Estero y Tucumán) y se identificaron diferentes problemas jurisdiccionales, de edad y de género. Asimismo, frente a diferentes problemas, las acciones promovidas por las diferentes organizaciones son diferentes en cada provincia, y varían desde el mismo tipo normativo y organizacional de los efectos de salud, donde

el reclutamiento se realiza de manera espontánea, hasta el trabajo intersectorial entre salud. La educación, la sociedad civil, etc., al servicio de la población adolescente (Maceira et al., 2014).

El mismo estudio, sobre el acceso a los servicios de salud y la relación con los adolescentes y las instituciones, concluye que la población adolescente requiere, aunque no siempre, de la orientación del sistema de salud, como la familia, la comunidad y el entorno escolar. Esto le permite identificar las necesidades. No sólo para la atención, sino también para obtener información que permita acceder a servicios de salud oportunos y eficaces. En particular, el análisis de la opinión de los adolescentes sobre un cuestionario de opción múltiple implementado a más de 5.200 estudiantes de educación secundaria pública en las provincias ha mostrado que: el número total de estudiantes que han tenido una condición médica o un problema de salud en el último año, sólo la mitad consultó a un profesional de la salud, lo que muestra las diferencias de comportamiento entre las necesidades de información y la búsqueda de atención; las razones de las consultas son variadas, aunque es posible identificar diferencias de género en algunos de ellos.

Otra investigación realizada en Argentina por Ballesteros (2016), tuvo como objetivo el tiempo y la demanda de la población en la sala de espera y en la solicitud de un turno según un médico especialista, según sus características socioeconómicas y demográficas, El tipo de cobertura de salud y el lugar de residencia. No hubo diferencias significativas según el sexo y entre los grupos de edad Ballesteros (2016) realizó un análisis con respecto a los obstáculos en el acceso a los servicios de salud en Argentina. En principio, el autor destaca que el sistema de salud argentino se caracteriza por su segmentación y por encontrarse fragmentado, superpuesto, heterogéneo y con desigualdad en la calidad de atención. Además, existen desigualdades en el acceso a la consulta con algunos profesionales de la salud como el psicólogo y el odontólogo que con otros profesionales como el médico clínico. Por otro lado, establece que la dificultad de acceso a la salud se encuentra relacionada con el tipo de cobertura y el ingreso de la población. Además, la

no consulta por falta de tiempo afecta más a los sectores vulnerables sin cobertura y también es este mismo sector el que no consulta por falta de posibilidad de financiamiento de los tratamientos médicos.

Ponce (2015) desarrolló un estudio sobre la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud, realizado en los centros regionales de referencias del Resistencia de la Provincia de Chaco, Argentina. La zona en estudio cuenta con cuatro Centros Regionales de Referencias los cuales son antiguos Centros de Salud barrial que en la actualidad cuentan con un mayor nivel de complejidad. La investigación fue realizada en el año 2010 mediante una encuesta realizada a la población que asistía a estos cuatro centros regionales. En sus conclusiones la investigadora destaca que las barreras a la accesibilidad geográfica se deben a las distancias que deben recorrer los usuarios, los medios que utilizan para trasladarse y la condición de los caminos.

Nieto-Blasco et al. (2018) plantea que la satisfacción del usuario con la atención sanitaria recibida es un aspecto de gran importancia en la calidad del servicio prestado. Sin embargo, en los servicios de Rehabilitación no es frecuente que se lleven a cabo trabajos de medición de la misma; de igual forma que no se han desarrollado ni validado cuestionarios específicos que contemplen conjuntamente el área de consultas externas y las áreas de tratamiento de los servicios de Rehabilitación. La satisfacción de los pacientes viene determinada por 3 aspectos interrelacionados de la atención: el resultado clínico, el entorno en que se desarrollan los cuidados y las relaciones interpersonales con los profesionales que les atienden. Y es por ello que en los servicios de Rehabilitación y, concretamente en las áreas de tratamiento, el entorno y las relaciones interpersonales con un contacto físico diario deben ser considerados como primordiales para la valoración de la satisfacción del tratamiento recibido.

En relación al análisis de indicadores de accesibilidad Peranovich (2017) seleccionó una serie de indicadores relacionados con el monitoreo de la cobertura, disponibilidad, utilización, acceso y calidad de los servicios de

salud, validados tanto en el ámbito internacional como nacional. Tomando como base los indicadores utilizados por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Internacional del Trabajo y la Comisión Económica para América Latina, y aquellos empleados a nivel nacional y en otros países de la región de las Américas.

El autor estableció como criterio de selección: “1) la utilidad del indicador para la gestión de servicios de salud, en el sentido de su importancia para la evaluación de las distintas áreas de estudio; 2) su reconocimiento internacional, es decir que su uso sea difundido, permita realizar comparaciones con otras regiones y se adapte a la realidad de los sistemas de información de la región” (Peranovich, 2017, p. 75); si bien este estudio se basa en una dimensión más amplia de accesibilidad, no se adecuaron a los objetivos y alcance de este estudio.

Estos lineamientos fueron tomados en cuenta para la presente investigación.

Estos criterios resultan adecuados dado que examinan la capacidad que ofrecen las instituciones para elaborar los indicadores seleccionados según periodicidad, desagregación (geográfica, etaria, nivel socioeconómico, condición étnica y condición de discapacidad) y publicación.

Por otro lado De Pietri, Dietrich, Mayo, Carcagno y Titto (2013) realizan un análisis de accesibilidad espacial mediante sistemas de información geográfica(SIG) que requirió de tres aspectos: la población sin cobertura médica, la distribución de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y la red de transporte público que los conecta. Sobre esta base la construcción de indicadores de demanda (real, potencial y diferencial) y el análisis de los factores territoriales que intervienen en la movilidad de la población les permitieron a los autores caracterizar los CAPS en relación a su entorno, contribuyendo al análisis, tanto en una perspectiva local como regional, y a la

detección de diferentes zonas según niveles de conectividad a escala regional.

El análisis de estos estudios permitió la sistematización y construcción de los indicadores utilizados en el entorno SIG, los que son de gran utilidad para el análisis de accesibilidad a los CAPS por la población vulnerable. Especialmente la zonificación del territorio que contribuye a identificar inequidades al diferenciar áreas de demanda no satisfecha y la fragmentación de la conectividad espacial entre CAPS y transporte público.

CAPITULOIII. MARCO TEORICO

3.1 La utilización de los servicios de salud y accesibilidad

Lejos de ser temporal y universal, el concepto de accesibilidad se restringe a una cierta forma de concebir y llevar a cabo una serie de funciones para aliviar el dolor, hacer frente a la enfermedad y promover el bienestar. Decir que algo es accesible vale tanto como decir que está fuera del individuo, quien tiene ese deseo, búscalo y finalmente lo alcanzará. Por lo tanto, tiene un sentido de accesibilidad solo cuando las funciones se ponen, al menos en sus componentes principales, no se dejan al individuo mismo, sino que también se ha delegado a una determinada persona u organización (Sánchez-Torresa, 2017). En términos de Báscolo: “La utilización de los servicios es resultante de la interacción entre las características de los individuos (necesidades de salud y características personales, familiares y sociales) y el sistema de salud (condiciones de accesibilidad)” (Báscolo, 2007, p. 115).

Según Comes la accesibilidad se define como “la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer” (Comes et al., 2007, p. 202).

Por otro lado, aunque las condiciones de accesibilidad no se aplican estrictamente al uso, esta es la expresión de la accesibilidad y las medidas más adecuadas en la mayoría de los estudios sobre este tema. Entre los marcos conceptuales que buscan la relación entre el acceso y el número de pacientes atendidos por cada trabajador, el enfoque está en las características de los usuarios potenciales, en las características de la oferta o entre la interfaz entre ambos. Entre los objetivos en esta última perspectiva, se enmarcan en los modelos de Donabedian y Andersen (Travassos & Martins, 2004).

Para Donabedian, la accesibilidad se define como una relación entre las características de los servicios y los recursos de salud y las características de los usuarios potenciales. Es decir, las características de los servicios se consideran en la función de impacto que ejercen como facilitadores o limitan

la capacidad de la población para el uso de los servicios de salud. En este modelo, se distinguen dos dimensiones de accesibilidad: geográfica y socio-organizativa (Donabedian, 1973).

Comes et al. (2007) definen las siguientes dimensiones de accesibilidad: “geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso” (p. 202).

Andersen (1995), quien se ha centrado en el término de acceso como el primer contacto, considera que el acceso es una característica del sistema de salud vinculado a su organización. En este caso, los factores predisponentes individuales (factores previos a la aparición del problema, como el sexo, la edad o el nivel educativo), los condensadores (medios disponibles, la presencia de suministro, los recursos económicos, etc.) y las necesidades de salud. Son tan adecuadas como las variables independientes del uso de los servicios de salud. Sin embargo, en los trabajos posteriores, Andersen incorpora su modelo, las características de los servicios y el contexto social como factores mediadores de la relación de acceso y uso, que se encuentran en la interacción con las experiencias de uso.

Las formulaciones teóricas indican dos elementos o aspectos a tomar en cuenta: la primera se trata acerca del acuerdo a las características de la población de estudio, en donde se observa y analiza el ingreso de los progenitores, el comportamiento hacia los servicios de atención de salud, la cobertura del seguro, entre otros; y, en segundo término, el desenvolvimiento del sistema, revisando la manera en cómo se distribuyen y organizan en paralelo de la infraestructura. Para obtener más información, puede acceder

a un informe de evaluación de resultados, así como a los índices de satisfacción de la población.

El acceso se puede conceptualizar en función del objetivo de la política de salud pública, las características del sistema de atención y el riesgo de la población de enfermería, así como el uso actual de los servicios y la satisfacción del consumidor con estos servicios(Andersen, 1995).

Mientras Moseley da más énfasis a la accesibilidad física, que pueden ser variables de persona a persona, es decir la distancia del lugar de residencia del paciente a los servicios locales, y con factores subjetivos de movilidad, una clínica puede ser accesible a un individuo, pero inaccesible para otro. En una aproximación diferente, Sarkar y Ghosh piensan a la accesibilidad física como las dificultades que afronta un individuo para alcanzar la dirección del servicio (Moseley, 1979). Por ejemplo: dos personas pueden vivir a la misma distancia del servicio, pero sus atributos y condiciones personales hacen la diferencia en sus oportunidades de acceso, en esta situación también podemos incluir la clase social, la educación, los valores culturales, las percepciones y las creencias como un factor sustantivo para él, significa que es hora de elegir el servicio de salud donde quieres que te vean.

En este caso, nos referimos a la accesibilidad geográfica y cultural que le brinda la libertad de elegir dónde y con quién recibir atención de acuerdo con sus medios. Desde la perspectiva de Almeida y Angelino (2012), la accesibilidad se conjunta por dos perspectivas: por un lado, la oferta (proveedores de servicio de salud) y, por otro, la demanda (población que requiere servicios de salud). Éstas convergen en el proceso de atención, determinado por una serie de variables y condicionantes, donde el proceso de atención médica se concibe como dos cadenas de actividades y sucesos en donde participan el otorgante de atención médica y el usuario.

En este caso, las actividades del proceso de atención médica surgirían como respuesta a una necesidad percibida como una alteración de la salud, la cual va a estar determinada por variables de carácter social y psicosocial, dependiendo del entorno del individuo. En tanto, la oferta de servicios de salud induciría a la demanda de un servicio a partir de una necesidad percibida, ya sea por la población o por el usuario de la misma(Almeida & Angelino, 2012).

Carracedo (2005) presenta este concepto de adherencia. Hacer uso de los servicios denota accesibilidad, pero esto no es posible si el paciente no los respeta. Es decir, si el servicio médico no se identifica como el medio para satisfacer la necesidad de atención y el sentido de pertenencia, se pierde el acceso. En este sentido, el aspecto que parece de mayor relevancia, en el cual se ofrecen dos dimensiones de la accesibilidad que, en resumidas cuentas, sintetizan el constructo que refiere la proveeduría de servicios de salud a una población que requiere de dichas atenciones. La manera en cómo convergen ambas situaciones permite que la accesibilidad a los servicios de salud sea posible, y se entendería, por tanto, que a mayor población necesitada de servicios de atención en materia de salud (o mayor demanda), entonces mayor sería la atención de servicios por parte de las instituciones públicas y privadas. Se concluye que lo que implica la accesibilidad es el uso real de los servicios de salud y todo lo que facilita o impide ese uso. Entenderla o de algún modo lograr medirla, la convertiría en una herramienta fundamental para la creación de nuevas políticas de salud, ya que podría servir para comprender el uso de los efectores de salud y, por lo tanto, promover de manera equitativa, eficiente y eficaz, el uso de los mismos.

3.2 Barreras que afectan la accesibilidad

Alicia Stolkiner, en su definición, considera la accesibilidad al servicio de salud como un enlace que se construye entre sujetos y servicios. Para ella, la accesibilidad se ha definido como la forma en que los servicios se acercarían a la población. Y si, se entendiera como un problema de la oferta, sería necesario eliminar las barreras que pudieran surgir. Entre ellos tenemos: barreras geográficas, que están directamente relacionadas con las condiciones orográficas y espaciales que dificultan o impiden el acercamiento de los servicios de salud a la población, ya sea por una característica geográfica o por una barrera construida por el hombre, por ejemplo, una carretera, un puente, urbanización o medios de transporte con horarios adecuados para su alcance. De manera similar, las barreras económicas, que se refieren a la imposibilidad de acceder por falta de dinero, es decir, miden

el impacto generado por el gasto de una familia por tener que comprar medicamentos, o cubren el costo de la transferencia a la clínica (Comes et al., 2007).

En la misma línea, existen barreras administrativas: se expresan como la dificultad presentada o impuesta por una organización de servicios como el horario comercial, la gestión de turnos y el tiempo de espera. Por último, existen barreras culturales, que son las creencias con respecto a la salud, las costumbres y la visión que tienen las personas con respecto a la enfermedad y la muerte, que establecen el tono para la toma de decisiones en caso de una eventualidad o una enfermedad. Esta barrera se centra en las diferentes culturas entre el personal de los servicios de salud y la población, que Stolkiner redefine como una barrera simbólica cuando se considera que el imaginario social y las representaciones también pueden constituir barreras (Comes et al., 2007).

La definición de accesibilidad como el encuentro entre sujetos y servicios incorpora una dimensión que nos obliga a pensar sobre este concepto desde otra perspectiva. Así, considerando la accesibilidad como un problema de encuentro y desacuerdo entre la población y los servicios de salud, la accesibilidad se construye a partir de la combinación de las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere el uso de estos servicios (Comes et al., 2007).

Ante lo comentado anteriormente y de manera complementaria, el autor (Sánchez-Torresa, 2017) refiere al respecto:

En el sentido estricto de una concepción integral de la accesibilidad, se puede señalar como la convergencia de los diferentes factores, todos como parte de un mismo contexto, donde, sí bien existe la disponibilidad de los servicios, no es suficiente contar con unidades de salud, sino con la posibilidad de las personas para ir a ese espacio; en donde se debe de considerar también el costo (Sánchez-Torresa, 2017, p. 87).

Sin lugar a dudas, el funcionamiento y los modelos de financiación de los servicios de salud, amplían o limitan la accesibilidad de acercamiento a la

población; es importante comprender que esa convergencia de factores, llamémosle barreras, dificultan e interfieren al momento de decidir el servicio de salud a elegir inclusive cuando la oferta que este tenga, sea integral.

3.3 Clasificación de la accesibilidad

La accesibilidad puede ser abordada en las siguientes versiones: la primera parte, como parte del proceso de implementación de la política pública; la segunda, como un componente de la política integral de salud pública propuesta por la OMS; y, por último, el tercero como un enlace que une a los procesos de oferta y demanda. A continuación, cada una de las posibilidades de acceso será abordada en detalle. Como parte del proceso en la implementación de la política pública.

Todo un proceso de la lógica de una construcción dinámica, heterogénea y transversal. Desde una perspectiva simplista, podemos entender que, en la construcción de políticas de salud pública, hay elementos o determinantes de la población que deben abordarse de manera integral e inclusiva. En la búsqueda de mejoras y enfoque, las políticas públicas enfrentan desafíos, a veces por el éxito de una intervención, historias como problemas relacionados con el contexto en el que se encuentran dichas intervenciones, seguridad social, cuestiones culturales y vínculos aduaneros de la población, finanzas y problemas financieros. De los ciudadanos y jurisdicción jurisdiccional, inseguridad, burocracia, accesibilidad y otros (Sánchez-Torresa, 2017).

Un elemento importante que se necesita para que se cumplan los objetivos de esas intervenciones es la accesibilidad. El no contar con la accesibilidad permite que se amplíe la brecha de implementación de esa intervención, es decir entre lo que se anuncia y lo que en realidad se ejecuta (Grindle, 2009). Los determinantes sociales y económicos, en este caso, tienen un peso significativo al momento de garantizar la accesibilidad. Sin ir más lejos, las problemáticas de salud actuales están vinculadas a situaciones de pobreza y exclusión y a la presencia de inequidades en el acceso a servicios y recursos de salud (Maceira, Espinola, Nievas, Palacios, & Urrutia, 2015). De aquí es que se demanda la importancia como política pública de

ofrecer acceso a servicios de salud equitativos y de calidad que protejan de modo no excluyente ni desigual a los ciudadanos de enfermarse buscando siempre que se logre de manera eficiente para que de esta manera se actúe según los lineamientos establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Según Sánchez-Torres (2017) la accesibilidad se puede abordar: por un lado como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS, y como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda (p.84).

3.3.1 Como un pilar de la política pública integral

De acuerdo con la OMS, el derecho a la salud abarca cuatro elementos, con los cuales garantiza que la política pública sea integral y su impacto sea completo en la atención de las necesidades sanitarias de la población. La accesibilidad es uno de los cuatro pilares que componen una política pública en salud:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- Calidad. Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el

cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere (Organización Mundial de la Salud, 2011).

De igual manera, se encuentra el pilar de la aceptabilidad, en el cual, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Seguidamente y, por último, el pilar de la calidad, que deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere (Sánchez-Torresa, 2017).

3.3.2 Como el eslabón que permite que la oferta se una con la demanda

La existencia de clínicas o programas de salud no es suficiente si las condiciones no existen para que la persona pueda exigir el servicio. En este sentido, el debate teórico es interesante, intenso y ha profundizado en las causas que inhiben o activan a las personas para que tengan acceso a los servicios de atención o no, es decir, tengan acceso.

Si el concepto de accesibilidad se analiza en otras áreas, es posible encontrarlo como el enlace que hace posible que las personas tengan los medios que necesitan. Por ejemplo: para las trabajadoras que son madres, el hecho de que tengan derecho a la guardería de sus hijos les permite hacer el trabajo accesible.

En educación, puedes hacer una analogía con la salud. También existe una política con respecto a la educación, la disponibilidad de establecimientos educativos, maestros y material didáctico se cumple (en el lado de la oferta). Por parte de la población (por el lado de la demanda), hay personas que cumplen con los requisitos para asistir a la escuela, pero por sí mismas, pueden presentar condiciones inadecuadas para dedicar tiempo al estudio. Para ello, se han creado las becas, con esto, además de permitir que el joven dedique su tiempo a estudiar, también le da la posibilidad de pagar el transporte o comprar

sus libros. En resumen, la beca es el canal o medio para hacer accesible (Sánchez-Torresa, 2017).

Luego de realizar un análisis integral de las posturas de diversos autores, se puede concluir que la relevancia de la accesibilidad a los servicios de salud radica en la función que tienen como eslabón que conecta la oferta con la demanda, y se da por hecho que las personas buscarán obtener el servicio cuando se les presente la enfermedad. Sin embargo, no siempre resulta exitosa esa búsqueda de atención médica. La complejidad se va presentando en la medida en que sean diferentes las condiciones y necesidades que enfrenta la población.

La importancia de la accesibilidad es que existan mecanismos que permitan la obtención del servicio y, con ello, la satisfacción de la necesidad de atención médica que pueden ser cosas tan sencillas pero vitales para lograr el éxito de la política pública, como el hecho de que exista información suficiente, clara, oportuna y al alcance de las personas que lo requieran. Que existan los medios para llegar a las unidades médicas, y que estas cuenten con los insumos necesarios para atender la demanda de la población. Especialmente en las comunidades rurales, la importancia la pueden enfocar en que existan unidades médicas en la comunidad y en caso de no existir, si tienen que trasladarse, que en la unidad más cercana a la que vayan, logren la obtención del servicio, es decir, se haga efectiva la accesibilidad.

3.4 El modelo social de la discapacidad

Resulta necesario una dimensión de la discapacidad y su conceptualización no como un fenómeno aislado sino con estrategias concretas.

El modelo social de la discapacidad tiene en cuenta las causas que originan la discapacidad desde una visión integral, emana esencialmente de los derechos humanos, originados luego de la segunda mitad del siglo pasado (Maldonado Victoria, 2013).

Su origen parte del enfoque interdisciplinario en las ciencias sociales, análisis de políticas y la propia lucha de los derechos civiles, en función de las personas con discapacidad (Hughes, 2008).

El modelo social de la discapacidad difiere del modelo médico, dado sitúa las limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas a un lado y se concentra en la rehabilitación de la una sociedad diseñada para hacer frente a las necesidades de las personas, desde el enfoque de la diversidad (Pérez-Bueno, 2010, p. 58).

El modelo social caracteriza a la persona con discapacidad a partir de:

a) el cuerpo, más que identificar qué tan completo está anatómicamente y qué tan cerca funcione de acuerdo con la norma, las personas que optan por poner en práctica este modelo se concentra en descubrir las habilidades y las capacidades que este individuo ha desarrollado con el cuerpo que posee, para luego, a través de procedimientos sistemáticos, potenciarlas.

b) el entorno inmediato (la familia), se tiene en cuenta el proceso por el cual pasan sus miembros al recibir la noticia de que uno de ellos ha sufrido una lesión o dificultad que desembocará en una discapacidad. Según cómo evolucione ese proceso, los miembros de su familia construirán un concepto de su familiar, y justamente este concepto facilitará o entorpecerá el desarrollo de habilidades y capacidades que intervendrán de manera directa en su mayor o menor integración, primero en la familia y luego en los otros entornos. Aquí cobra importancia el proceso socializador, pues se parte del supuesto de que es éste el que puede facilitar o entorpecer la integración de las personas con discapacidad, dependiendo de las ideas, sentimientos e imágenes que cada miembro de la familia tenga sobre la discapacidad y de las prácticas sociales que desarrollen para lograr el equilibrio.

c) el medio, como portador de oportunidades en términos de la equidad y de la eliminación de barreras, o como portador de riesgos, para realizar acciones de prevención de la discapacidad (Quinn et al., 2002).

Para Ferrante en Argentina a pesar del crecimiento de la economía en los últimos años, uno de cada cinco hogares requiere asistencia pública para no agravar su situación de indigencia. Las políticas públicas permiten incrementar el acceso al trabajo, no obstante existe heterogeneidad

estructural, que se expresa en segmentación laboral y desigualdad al ingresos al interior del mercado del trabajo (Ferrante, 2015).

La investigadora luego apunta que:

“Se han enfatizado las diferencias de ingresos entre asalariados formales y el resto, y, a su vez, han proliferado políticas residuales para los más desfavorecidos. Estos fenómenos se expresan en “la existencia de una heterogénea población ‘sobrante’ al modelo de sociedad capitalista vigente”.”(Ferrante, 2015)

La visión de la presente investigación es integrar los aspectos biológicos y psicosociales, integrando el modelo social de la discapacidad mediante el análisis de los aspectos socioeconómicos, geográficos, laborales, de vivienda en los pobladores que se atienden en un centro de rehabilitación, con la finalidad de dimensionar su realidad y analizar las diferentes dimensiones de la accesibilidad en el proceso de atención en salud.

CAPITULOIV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4. 1 Tipo y diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal.

4.2 Descripción del ámbito de estudio

La investigación se realizó en el CMMM donde asisten aproximadamente 150 usuarios adultos por día de diferentes puntos de la comunidad que reciben sesión de rehabilitación. Se tomó en cuenta usuarios de ambos sexos, de edades comprendidas entre 18 y 65 años. Se tuvo en cuenta las solicitudes de rehabilitación interdisciplinarias que se recibió en el periodo que duró la investigación. El mismo se llevó a cabo los días lunes a viernes en el horario de 08 a 19hs (horarios que coinciden con los horarios de atención del centro en estudio). El estudio se llevó a cabo entre febrero y mayo de 2019.

4.3 Población

4.3.1 Universo y población objetivo

El universo estuvo constituido por los 95881 habitantes del Departamento de Río Grande (INDEC, 2010).

4.3.2 Unidad de análisis

Se consideraron para participar los usuarios que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Usuarios adultos de ambos sexos entre 18 y 65 años admitidos y atendidos por el servicio de rehabilitación interdisciplinaria y usuarios que requieren y demandan atención al CMMM.

Usuarios que reciban sesión de rehabilitación interdisciplinaria en el CMMM durante el período febrero- mayo de 2019.

Criterios de exclusión:

Usuarios menores de 18 años y mayores de 65, ya que el estudio se centrará en personas mayores de edad hasta la tercera edad.

Usuarios que presentaran dificultades cognitivas u otros impedimentos para contestar la encuesta o que se encontraran bajo la supervisión del entrevistador.

4.3.3 Población accesible

Usuarios registrados y admitidos que se encuentran recibiendo tratamiento en forma regular por el CMMM.

La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Si bien los muestreos de tipo no probabilístico hay un sesgo de selección, la realidad en el contexto la selección de este método y no de otro de tipo probabilístico se basó en la selección de individuos que eran accesibles y de rápida investigación, dado que la cantidad total de usuarios que atendía la institución era de 150.

4.4 Aspectos éticos de la investigación

La investigación que se realizó no atentó contra la dignidad de los 150 usuarios que participaron. Se diseñó un consentimiento informado con la participación de la dirección de la carrera (ver Anexo 1). Se explicó que los participantes tuvieron derecho a participar o no en el estudio y que esto no implicaría represalias o modificaciones en su tratamiento. Se garantizó la privacidad a través del anonimato, en el cual, se solicitó la participación voluntaria de cada uno de los usuarios a la muestra. Además, se tomó la precaución de que los entrevistadores no fueran profesionales vinculados al tratamiento de los usuarios. Las encuestas se tomaron en lugares apartados, evitando la interferencia de otros profesionales. Los resultados no serán divulgados a personas ajenas y se trabajarán de forma agregada para garantizar la confidencialidad. Los datos se encuentran almacenados de

forma segura en servidores internacionales de Google. Se anexa una copia del consentimiento informado.

La investigación fue autorizada por el CMM a partir de sus protocolos internos, quienes realizaron la evaluación ética del proyecto.

4.5 Selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una encuesta anónima estructurada con preguntas de selección múltiple y se utilizó fuentes secundarias de información de los distintos registros digitales de historias clínicas y archivos de solicitudes de atención.

4.5.1 Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de la Encuesta

El instrumento utilizado fue validado por 8 expertos, seleccionados en función de su producción científica sobre el tema, a los que se les envió un formulario para completar, y de esta forma evaluar la consistencia interna de los ítems de la encuesta; rediseñándose la especificidad y redacción de algunas preguntas (Anexo 3).

La fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach o también con el método de omega de McDonald (Frías-Navarro, 2013).

Se analizó la confiabilidad de consistencia interna que permite determinar el grado en que los ítems de una prueba están correlacionados entre sí.

El método de consistencia interna permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o una única dimensión teórica de un constructo latente. Cuando los datos tienen una estructura multidimensional el valor de consistencia interna será bajo. Es decir, no se observa una consistencia en las puntuaciones que forman el constructo teórico que se desea medir.

El coeficiente α fue propuesto en 1951 por Cronbach como un estadístico para estimar la confiabilidad de una prueba, o de cualquier compuesto obtenido a partir de la suma de varias mediciones. Para evaluar la confiabilidad o la homogeneidad de las preguntas o ítems, es común emplear

el coeficiente Alfa de Cronbach cuando se trata de alternativas de respuestas politómicas, como las escalas tipo Likert; la cual puede tomar valores entre 0 y 1, donde: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total (Corral, 2009).

Una manera práctica de interpretar la magnitud de un coeficiente de confiabilidad puede ser guiada por la escala mostrada en la siguiente tabla (Oviedo & Campo-Arias, 2005):

Rangos coeficiente alfa de Cronbach	Magnitud
0,9 a 1	Excelente
0,8 a 0,9	Bueno
0,7 a 0,8	Aceptable
0,6 a 0,7	Cuestionable
0,5 a 0,6	Pobre
menor a 0,5	Inaceptable

Este índice de consistencia interna toma valores entre 0 y 1 y sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad.

La Confiabilidad de la encuesta que se propone en esta investigación, evaluada por el Alpha de Cronbach fue de 0,765.

Ítems	α
1.Sexo	1,000
2. Edad	1,000
3. En referencia a su nivel educativo, ¿cuál es el máximo nivel que alcanzó? Seleccione con una cruz.	1,000
4. En relación a la enfermedad actual, ¿con que diagnóstico de salud su médico le solicita rehabilitación? Marcar opción correcta.	0,875
5. La lesión discapacitante que lo lleva a rehabilitación, ¿qué tiempo tiene? (desde que lo diagnosticaron a la fecha).	1,000
6. La lesión discapacitante que lo lleva a rehabilitación, es:	1,000
7. Desde que su médico le indico rehabilitación, e incluyendo fila de atención, gastos de llamadas telefónicas, uso de internet para	0,875

gestión de atención ¿cuántas horas pasaron para que le recepción en la solicitud de rehabilitación en el CMMM?	
8. Desde que le recepcionaron su pedido de rehabilitación, ¿cuánto tiempo tardó en conseguir el turno?	1,000
9. En cuanto al turno de sesiones de rehabilitación, ¿le costó mucho esfuerzo en obtenerlo?	0,750
10. ¿Necesitó ayuda de otras personas para conseguir el turno de atención?	0,750
11. ¿Cómo consiguió su turno de atención?	0,875
12. El turno otorgado, fue por:	1,000
13. ¿Qué caminos usó para obtener el turno?	0,625
14. Antes del primer turno, ¿Le realizaron la entrevista de admisión al CMMM?	1,000
15. Según la entrevista de admisión, ¿A qué servicios de atención de salud que brinda el CMMM lo derivaron? - la selección puede ser de opción múltiple.	1,000
16. ¿Cuántas veces por semana asiste al CMMM?	0,750
MAÑANA	0,625
18. Ese turno que le otorgaron, ¿Le es cómodo el horario de atención?	0,875
19. Ud. ¿Tiene trabajo? (en caso afirmativo pasa a cuestionario n° 22)	1,000
20. ¿En qué relación laboral se encuentra?	1,000
21. En los últimos 30 días, ¿busco trabajo? (contestaran quienes hayan dado respuesta NO a la pregunta 19 y pasa a cuestionario n° 24).	0,875
22. En caso de ser activo y estar actualmente empleado, ¿Cuántas horas semanales trabaja?	1,000
23. ¿Se encuentra satisfecho con la cantidad de hs trabajadas o desea trabajar más?	0,750
24. En caso de no trabajar y su situación es ser desempleado/ no busco trabajo, Ud. es: (responder en caso de haber sido negativa la respuesta en cuestionario n° 19)	0,875
25. ¿Tiene obra social?	1,000
26. ¿Cuál? (puede seleccionar múltiples opciones/ contestar en caso de respuesta anterior afirmativa)	1,000
27. En cuanto a su economía familiar, ¿Es Ud. el único proveedor de ingreso económico de su hogar?	1,000
28. ¿Es Ud. jefe/a de familia? (en caso de respuesta negativa, pasa a cuestionario n° 29).	0,875
29. ¿Quién es el/la jefe/a de familia?	0,875
30. ¿Necesita ayuda económica para sobrellevar su situación actual de salud?	1,000
31. ¿Cuál es el ingreso económico familiar mensual?	1,000
32. ¿Tiene alguna ayuda económica para solventar los gastos de salud?	1,000

33. ¿De dónde proviene la ayuda económica que recibe? (responder en caso afirmativo de pregunta n° 32)	0,875
34. En relación a la atención que recibe del CMMM, para concurrir, ¿debe gastar dinero en el traslado desde su casa al Centro?	1,000
35. En caso de que requiera gastar dinero para trasladarse al CMMM, ese gasto, ¿le resulta un gasto importante? (contestar solo en caso de que la respuesta a la pregunta 30 sea afirmativa).	0,875
36. ¿Tiene dificultades para pagarlo? (contestar solo en caso de que la respuesta a la pregunta 30 sea afirmativa).	0,750
37. ¿Alguien le ayuda con el gasto que le ocasiona el traslado?	0,750
38. ¿Quién? (contestar en caso de haber respondido de manera afirmativa en el cuestionario n° 37)	0,750
39. Para deambular o desplazarse, ¿precisa de algún medio o dispositivo de apoyo?	1,000
40. En caso de ser afirmativa la respuesta, ¿qué medio emplea para ello?	1,000
41. ¿El CMMM le prestó el dispositivo de apoyo? (contestar en caso de que la respuesta a cuestionario n° 39 sea afirmativa)	0,750
42. Para la asistencia al turno, ¿utiliza algún medio de transporte para llegar al CMMM?	0,750
43. ¿Cuántos medios de transporte utiliza para concurrir al centro? En esta ocasión, le pido que incluya como opción la caminata (si es que la realiza).	0,875
44. ¿Conoce la existencia de la COMBI de traslado interno que tiene el CMMM?	0,750
45. ¿Lo necesitó para acudir a las sesiones del CMMM?	0,750
46. ¿Trató de acceder a él? (pedir traslado en la COMBI)	0,750
47. ¿Logró acceder a él?	0,750
48. ¿A cuantas cuadras vive del CMMM?	1,000
49. ¿En qué barrio de Rio Grande vive?	1,000
50. ¿Existe algún puente, lago u otro accidente geográfico que Ud. deba atravesar para concurrir al CMMM?	0,875
51. ¿Cuál?	0,875
52. Su problema actual de salud, ¿le impide realizar tareas domésticas?	0,750
53. ¿Cuáles?	0,750
54. ¿Puede realizar ejercicio físico por fuera del CMMM? Tales como caminatas de más de 30 minutos diarias, correr, bicicleta fija, mancuernas.	0,875
55. ¿Cuántas veces por semana realiza actividad física?	0,875
56. Cuando tiene un problema de salud, ¿Puede hablarlo con alguien?	0,750
57. ¿Con quién?	0,750
58. ¿Quién toma decisiones para mejorar su salud?	0,750
59. Su familia, ¿respeta su decisión? (Solo contestar si la respuesta a la pregunta n° 58 fue “yo mismo”).	0,750
60. ¿Suele cumplir con la toma de medicación?	0,750

61. ¿Alguien lo ayuda con la toma de medicación? (responder en caso de haber contestado de manera afirmativa al cuestionario n° 60).	0,750
62. ¿Quién lo hace?	0,750
63. ¿Suele cumplir con la asistencia a turnos?	1,000
64. ¿Alguien lo ayuda con la asistencia a los turnos programados? (responder en caso de haber contestado de manera afirmativa al cuestionario n° 49).	1,000
65. ¿Quién lo hace?	1,000
66. Podría indicar ¿Cómo considera que es su estado de salud?	0,750
67. En referencia al centro de salud que ahora asiste, antes de necesitarlo, ¿conocía la existencia del CMMM?	1,000
68. En algún momento, ¿consultó a otro centro de rehabilitación para su terapia?	1,000
69. En caso de afirmación a pregunta n° 68, ¿se hizo atender en ese otro centro de salud?	0,875
70. ¿Por qué dejó de hacerlo? Puede elegir múltiples opciones.	0,750
71. Con respecto a la solicitud de atención por el CMMM, ¿tuvo alguna otra dificultad para acceder a ella?	0,750
72. Con respecto a la atención de salud, ¿Cómo es su experiencia?	0,750
73. ¿Cómo fue su experiencia con su terapeuta?	0,750
74. ¿Está satisfecho con la información que su profesional le haya podido brindar respecto a la su terapia?	0,750
75. ¿Le contestaron sus preguntas e inquietudes? (en caso de r = otro; pasa a n° 77)	0,750
76. ¿Era lo que Ud. quería saber?	0,750
77. Durante su tratamiento de rehabilitación física, su profesional, ¿ayudo a que consiga otra terapia por otra especialidad? (exceptuando la entrevista de admisión que le realizó el equipo médico directivo).	0,875
78. ¿Le pudo conseguir la terapia que él consideraba necesario para Ud.?	0,750
79. En caso de que su respuesta anterior sea negativa (n° 78), ¿Le ayudo a conseguir turnos por fuera del MM? (Centro de rehabilitación de servicio privado).	0,750
80. En términos generales, en cuanto a la relación que tuvo con el personal administrativo, ¿cómo fue?	0,750
81. ¿Le ayudaron o facilitaron el acceso a los turnos o tratamientos? (turnos de rehabilitación por especialidad del CMMM, consultas médicas del CMMM, turnos con especialistas médicos del CM o privados, interconsultas con otros centros de atención de salud municipal).	0,875
82. Con respecto a la señalización de la Ciudad de Rio Grande, ¿tuvo problemas para encontrar el CMMM?	0,625
83. Con respecto a la señalización del centro, Tuvo problemas para encontrar:	0,625

84. En cuanto a la deambulaci3n dentro del centro de rehabilitaci3n ¿tuvo dificultad para moverse?	0,625
86. ¿Modificari3 algo del CMMM? Pregunta abierta.	0,625
87. En un futuro en caso de necesitarlo, ¿Elegir3 el CMMM por segunda vez?	0,625
Alpha de Cronbach Global	0,847

4.6 Definici3n operacional de las variables

Variable	Clasificaci3n	Concepto	Dimensiones	Indicadores
Sexo	Cualitativa nominal dicot3mica	Sexo biol3gico constatado en la Historia Cl3nica del usuario	Hombre Mujer	Seg3n sexo biol3gico del encuestado
Edad	Cuantitativa	Edad del usuario al momento de encuestar seg3n fecha de nacimiento registrada en la Historia Cl3nica	18-35 a3os 36- 55 a3os 56-65 a3os	Seg3n rangos de edades agrupados de los usuarios
M3ximo Nivel Educativo	Cualitativa ordinal	M3ximo nivel educativo alcanzado al momento de encuestar	Primario Secundario Universitario	Seg3n nivel educativo del encuestado
Situaci3n laboral	Cualitativa nominal dicot3mica	Medida si posee o no empleo al momento de la encuesta, independientemente del tipo	S3 No	Seg3n tenencia o no de empleo
Ocupaci3n	Cualitativa nominal polit3mica	Tipo de ocupaci3n principal del encuestado al momento de la encuesta	Trabajador en relaci3n de dependencia Aut3nomo Jubilado Pensionado	Seg3n ocupaci3n del encuestado

			Trabajo no remunerado	
			Estudiante	
Etiología de la discapacidad	Cualitativa nominal politómica	Diagnóstico médico de la discapacidad al momento de realizar la encuesta		Según diagnóstico médico de la discapacidad
Tiempo de evolución de la etiología que condujo a rehabilitación	Cuantitativa discreta	Tiempo en semanas desde el diagnóstico médico de la patología que condujo a rehabilitación hasta la fecha de realización de la encuesta	Días	Según tiempo de evolución de la patología
Tipo de lesión discapacitante	Cualitativa nominal politómica	Clasificación de la lesión según diagnóstico médico y evolución	Transitoria Permanente/Crónica No sabe	Transitoria : cuando la lesión que conduce a rehabilitación su recuperación es menor o igual a 4 semanas. Permanente o crónica: cuando la lesión que conduce a rehabilitación su recuperación es mayor a 4 semanas. No sabe: cuando el usuario no puede

				especificar el o no se encuentran datos suficientes en la Historia Clínica
Forma de conseguir turno	Cualitativa nominal politómica	Forma en que obtuvo el turno para ser atendido en el CMMM	<p>Fue derivado por un centro de salud</p> <p>(Hospital, CAPS, CAC)</p> <p>Presentando solicitud de rehabilitación</p> <p>Lo consiguió por alguien que trabaja dentro de la institución</p> <p>No sabe / no contesta</p> <p>Le consiguió un trabajador social</p>	Accesibilidad administrativa
Servicio que derivó al usuario	Cualitativa nominal politómica	Servicio asistencial de salud que derivó a rehabilitación en el CMMM	<p>Kinesiología</p> <p>Cardiología</p> <p>Fonoaudiología</p> <p>Psicomotricidad</p> <p>Nutrición</p> <p>Rehabilitación cardiovascular</p> <p>Terapia adaptada</p> <p>Hidroterapia</p> <p>Psicología</p>	Accesibilidad administrativa

			Psicopedagogía	
			Psiquiatría	
Ingreso mensuales	Cuantitativa continua	Ingreso mensual per cápita del encuestado al momento de aplicar la encuesta	Menor a \$10.000 \$10.000-\$20.000 \$20.000-\$30.000 \$30.000-\$40.000 Más de 40.000	Accesibilidad económica
Tipo de ayuda económica	Cualitativa nominal politómica	Ayuda o apoyo económico que recibe el encuestado y vía	Familiar directo Familiar indirecto Plan Alimentario Seco/Húmedo Plan Social	Accesibilidad económica
Uso de apoyo para deambular	Cualitativa nominal politómica	Uso de apoyo para lograr deambular con mayor autonomía	Andador Muletas Silla de ruedas	Accesibilidad Geográfica
Uso de medios de transporte para trasladarse al centro	Cualitativa nominal politómica	Medio de transporte que usa para llegar al CMMM	No usa / A pie Transporte Público Taxi o Remis Ambulancia de traslado	Accesibilidad Geográfica
Limitación para realizar tareas domésticas	Cualitativa nominal dicotómica	El encuestado refiere tener limitaciones para realizar actividades domésticas como cocinar, lavar, planchar, limpiar la casa, u otras,	Si No	Accesibilidad Geográfica

		asociadas a la patología que llevó a rehabilitación		
Dificultades para la realización de ejercicios físicos	Cualitativa nominal dicotómica	Dificultad o limitación del encuestado de realizar ejercicios físicos en su vivienda/hogar independientem ente de la causa	Si No	Accesibilidad Geográfica
Frecuencia de realización de ejercicios físicos	Cuantitativa discreta	Frecuencia de realización de ejercicios físicos independientem ente del tipo en la semana		Accesibilidad Geográfica

CAPITULO V. RESULTADOS

5.1 Datos demográficos

5.1.1 Sexo, edad, nivel educativo.

Los datos demográficos constituyeron la primera parte de las encuestas y se estudiaron tres variables: el sexo, la edad y el nivel educativo. A partir de estas variables, la población encuestada mayor de edad que asiste al Centro Médico Mamá Margarita está en su mayor parte (59,3%) constituida por personas de edad avanzada, entre los 56 a 65 años de edad.

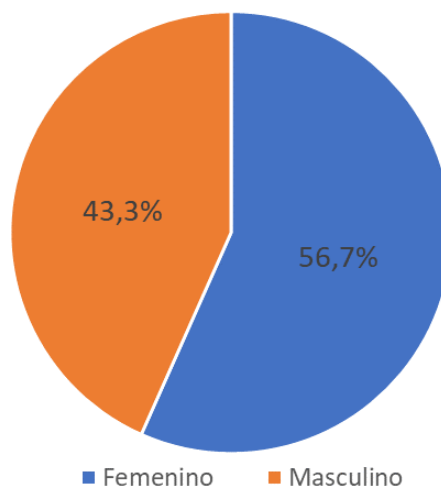
5.1.1. Tabla N°1. Distribución de usuarios según Edad, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero-mayo de 2019.

Rangos de edad	N	%
18-35 años	21	14,0%
36- 55 años	40	26,7%
56-65 años	89	59,3%
Total	150	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta. (N=150)

Las edades de los encuestados por su parte, muestra un perfil envejecido, los encuestados presentan edades avanzadas, siendo el 59,3% usuarios de entre 56 y 65 años, mientras que la población joven no sobrepasó los 15%.

5.1.2. GráficoN°2. Distribución de usuarios según Sexo, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta. (N=150)

En este estudio se encontró que el 56,7% de los usuarios eran del sexo femenino y el 43,3% masculino, ello es de esperar dado que de manera general la población femenina es superior a la masculina. De esta manera, puede afirmarse que quienes más utilizan los servicios en los centros de salud es la población femenina. Sin embargo, estos valores se encuentran casi equiparados entre hombres y mujeres.

5.1.3. TablaN°3. Distribución de usuarios según Máximo Nivel Educativo, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.

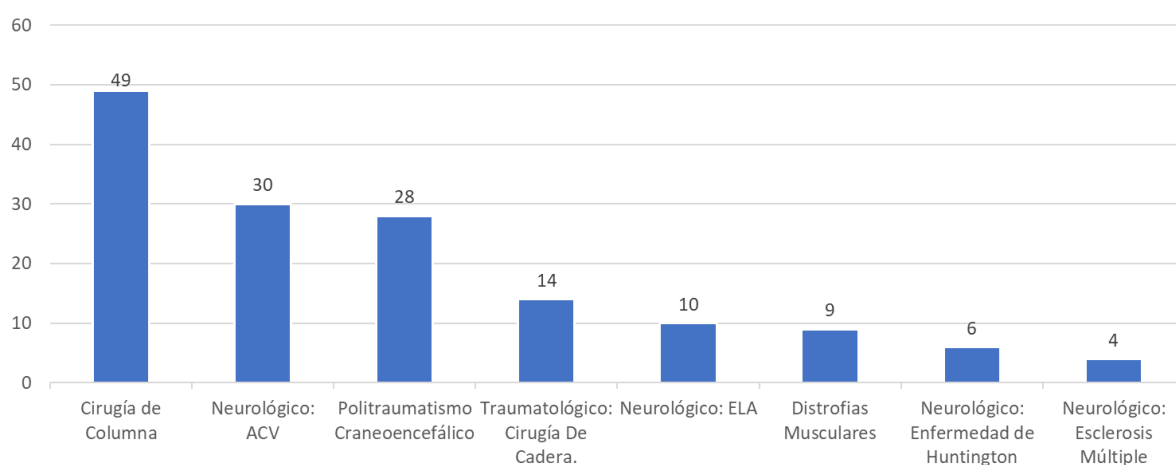
Nivel Educativo	N	%
Primario	129	86%
Secundario	21	14%
Universitario	0	0%
Total	150	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

En relación al nivel de formación curiosamente se observó que no existía usuario que hayan obtenido una titulación universitaria. El 86% de los encuestados tenía solo nivel primario, y el 14% restante nivel secundario.

5.2 Diagnóstico de salud

5.2.1. Gráfico N° 4. Distribución de usuarios según etiología que condujo a la rehabilitación, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.

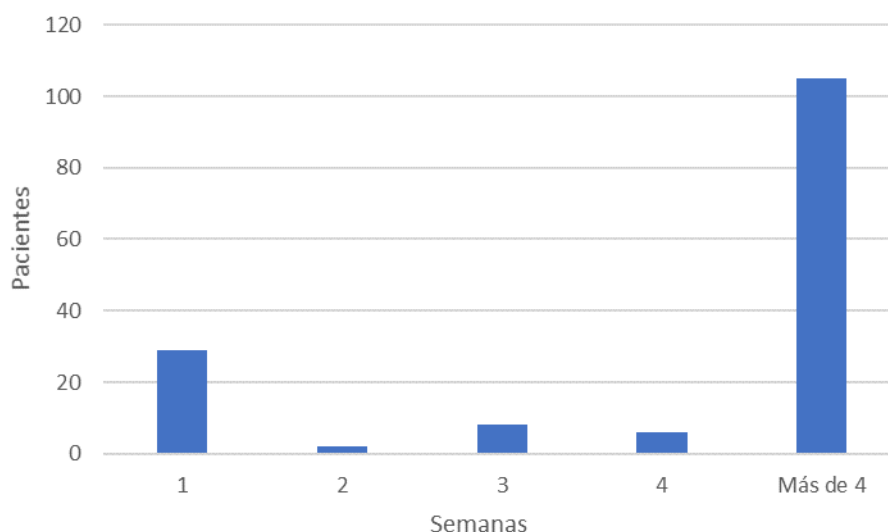


Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

En relación a las etiologías que llevaron a acudir al servicio de rehabilitación se sobresale las relacionadas con la cirugía de columna (49 usuarios), afecciones neurológicas como los accidentes cerebrovasculares (30 usuarios) y politraumatismos craneoencefálicos (28 usuarios) y traumatismos que conllevan a cirugía de cadera. Cabe destacar que los padecimientos antes descritos son más frecuentes en usuarios de edades superiores a los 40 años.

5.2.2. GráficoN°5. Distribución de usuarios según tiempo de evolución de la etiología que condujo a la rehabilitación, Centro Médico

Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

A partir de los datos del Gráfico 5, se puede observar que el 70% las lesiones que se trataron en el servicio de rehabilitación tenían más de 4 semanas de evolución. Esto se encuentra en correspondencia con lesiones de tipo permanente o crónicas que fueron las de mayor diagnóstico en el presente estudio. El 19,3% son lesiones con hasta 1 semana de evolución, consideradas lesiones transitorias. El 10,7% corresponden a las lesiones de entre 2 y 4 semanas; este tipo de lesiones es de particular interés dado que, si bien son agudas o transitorias, podrían evolucionar a la cronicidad, lo que podría ser causas de invalidez y/o limitaciones funcionales permanentes o de larga evolución para el usuario.

5.2.3. TablaN°6. Distribución de usuarios según tipo de lesión discapacitante, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Período febrero- mayo de 2019.

Tipo de lesión discapacitante	N	%
Transitoria	20	13,3%
Permanente / Crónica	124	82,7%
No sabe	6	4,0%

Total	150	100,0%
--------------	-----	--------

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

El estudio ha identificado una serie de tendencias, como la prevalencia de las lesiones de tipo permanente o crónicas en un 82,7%, las que en la práctica son más difícil de tratar y menor capacidad de recuperación funcional dada su evolución. Es un hallazgo interesante dado que las lesiones transitorias son generalmente el principal motivo para acudir a un servicio de rehabilitación. Este tipo de lesiones estuvo presente en el 20% de los usuarios.

5.3 Accesibilidad administrativa

La forma principal de conseguir el turno fue por derivación, en segundo lugar, presentando la solicitud de rehabilitación. La derivación es un procedimiento que implica a tres partes distintas: el médico de cabecera, el usuario y el especialista. Las razones que llevan a la derivación y lo que se espera de ella, debe ser compartido por todos los implicados. Desde el lado profesional, médicos generales y especialistas deben consensuar mecanismos de derivación para mejorar la coordinación entre ambos, reduzcan la variabilidad en las tasas de derivación, y garanticen la calidad de la atención.

La demanda derivada actúa como una interfase en la división de recursos y funciones entre el médico general y el especialista.

5.3.1. Tabla N°7. Distribución de usuarios según forma de conseguir el turno, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.

Forma de conseguir el turno	N	%
Fue derivado por un centro de salud (Hospital, CAPS, CAC)	75	50,0%
Presentando solicitud de rehabilitación	59	39,3%
Lo consiguió por alguien que trabaja dentro de la institución	6	4,0%

No sabe / no contesta	6	4,0%
Le consiguió un trabajador social	4	2,7%
Total	150	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

El 50% de los usuarios fue derivado por un centro de salud (Hospital, CAPS, CAC), alrededor del 40% presentó una solicitud de rehabilitación de alguna especialidad médica. El 10% restante lo consiguió por medio de un conocido de la institución o trabajador social.

5.3.2. Tabla N° 8. Distribución de usuarios según servicio derivado, CMMM, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.

Especialidad	N	%
Kinesiología	64	42,7%
Cardiología	64	42,7%
Fonoaudiología	60	40,0%
Psicomotricidad	49	32,7%
Nutrición	34	22,7%
Rehabilitación cardiovascular	30	20,0%
Terapia adaptada	24	16,0%
Hidroterapia	19	12,7%
Psicología	5	3,3%
Psicopedagogía	5	3,3%
Psiquiatría	5	3,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

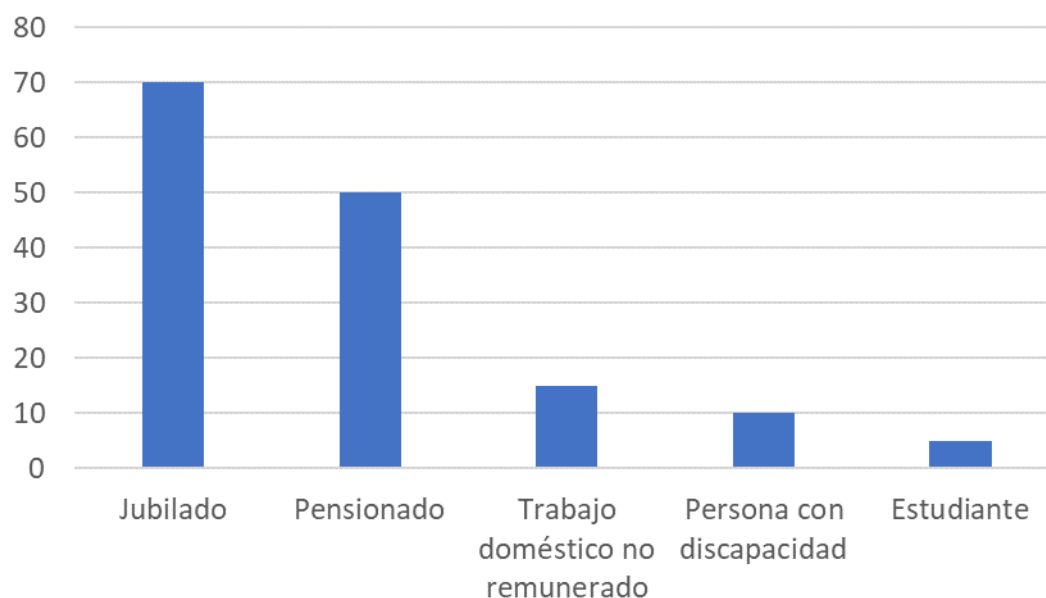
Como se puede observar en la tabla anterior las especialidades de Kinesiología y Cardiología fueron las que mayor porcentaje de derivaciones de derivaciones tuvieron con un 42,7%, le siguieron Fonoaudiología con un 40% y Psicomotricidad con un 32,7%. Las especialidades que menos derivaciones tuvieron fueron las relacionadas con la Neuropsicología (Psicología, Psicopedagogía, Psiquiatría) con un 3,3% cada una. Es importante destacar que estos datos no se encuentran relativos al total de usuarios que compone

la muestra estudiada, pero un usuario pudo haber recibido la derivación a los servicios de rehabilitación por más de una especialidad.

5.4. Accesibilidad económica

La accesibilidad económica refiere a la capacidad financiera de las personas en relación al costo del transporte para llegar a los centros de salud, el valor de la atención recibida y el dinero necesario para la compra de medicamentos, realización de estudios y otros costos derivados.

5.4.1. Gráfico N° 9. Distribución de usuarios según ocupación, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

Dado que era interés en la presente investigación estudiar se centró en el estudio de las personas mayores de edad hasta la tercera edad. En este sentido el 46,66% de los encuestados se encontraba jubilado, y alrededor del 30% eran pensionados.

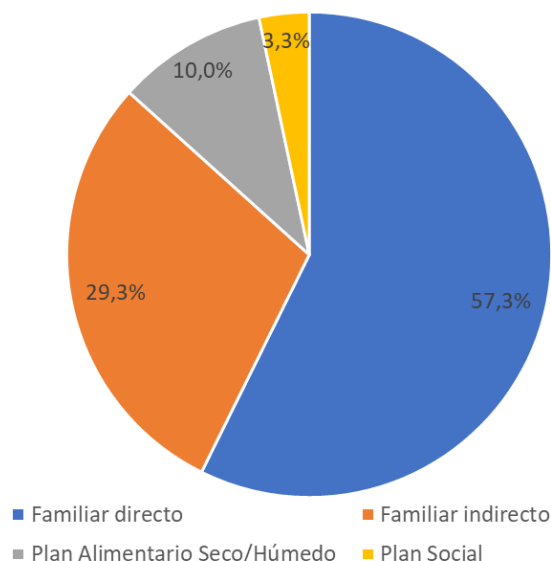
5.4.2. Tabla N° 10. Distribución de usuarios según ingresos mensuales, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.

Ingresos	N	%
Menor a \$10.000	61	41%
\$10.000-\$20.000	65	43%
\$20.000-\$30.000	19	13%
\$30.000-\$40.000	5	3%
Más de 40.000	0	0%
Total	150	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

El 84% de los encuestados tuvo ingresos por debajo de los 20000 pesos, sobresaliendo los que percibían entre 10000 y 20000 pesos con un 43%. Solo un 5% percibió ingresos entre 30000 y 40000 pesos y ninguno por encima de 40000. Esto podría interpretarse que un número elevado de usuarios encuestados se encontraban en los límites de la línea de la pobreza o por debajo de ella, dado que para la fecha de realización de la investigación el salario vital era de 14125 pesos en la jurisdicción, lo que pudiera repercutir en el acceso a los servicios de salud.

5.4.3. Gráfico N° 11. Distribución de usuarios según tipo de ayuda económica que reciben, Centro Médico Mamá Margarita, Rio Grande, Tierra del Fuego. Periodo febrero- mayo de 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta Ad hoc. (N=150)

En relación al tipo de ayuda que recibían el 57% lo percibía a partir de un familiar directo, y el 29,3% de un familiar indirecto, el resto de las ayudas correspondía a planes gubernamentales como el Plan Social y el Plan Alimentario Seco/Húmedo.

5.5. Accesibilidad Geográfica

Existe una proporción alta de personas que requieren de un medio de apoyo para lograr deambular. Un 52,3% usa andador o muletas y el 23,33% se ayuda a través de una silla de ruedas. El medio de apoyo fue conseguido por cuenta propia en más de la mitad de los casos. Debido a su incapacidad para trasladarse más de la mitad de los usuarios (61,4%) al centro mediante medios de alquiler como el remis, el taxi o la ambulancia de traslado.

Un 66,66% de los encuestados indica tener problemas para realizar tareas domésticas. De esas tareas las más complicadas de realizar son el cocinar, lavar, planchar y limpiar la casa. Seguido por el arreglo de artefactos de la casa y la dificultad para atender mascotas y darles de comer.

Con respecto al ejercicio físico el 76,66% admite tener ciertas dificultades para realizarlos fuera del CMMM. Y aquellos que logran realizar actividades físicas lo hacen de 1 a 3 veces por semana.

CAPITULO VI. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A partir de la información recolectada se pueden concluir una serie de puntos. En primer lugar, los datos relevados indican que la accesibilidad administrativa del centro presenta dificultades, aunque debido al nivel de servicio acostumbrado por las personas, generalmente no se percibe como una cuestión conflictiva. Sin embargo, se perciben dificultades ya que requiere de cierta ayuda para conseguir la admisión y lograr un turno.

Aunque sería esperable encontrar una mayor proporción de mujeres en la muestra dada la sobremortalidad masculina de la población, se encontró que el 56,7% de los usuarios fueron del sexo masculino. Según datos del INDEC la esperanza de vida de las mujeres es de 80,44 años, mayor que la de los hombres que fue de 72,96 años. La esperanza de vida femenina es mayor que la del hombre, por lo que suele haber una razón de masculinidad más pequeña, pero en este caso no fue posible constatar este comportamiento (INDEC, 2010).

En el presente estudio se constató un 42,6% de la población se denominó “población pasiva”, es decir jubilados jóvenes, dado que la Ley 271, conocida también como Ley de los 25 inviernos, sanciona en su artículo 1 que:

“Tendrán derecho a la jubilación ordinaria los afiliados que:

a) Hayan cumplido cincuenta (50) años de edad para la mujer y cincuenta y cinco (55) años de edad para el varón; acrediten treinta (30) años de servicios computables en uno o más regímenes jubilatorios comprendidos en el sistema de reciprocidad para el varón y veinticinco (25) años para la mujer; todos ellos deber ser con aportes. Estos beneficios se acuerdan a aquellos agentes que se hayan desempeñado durante un período mínimo de diecisiete (17) años (...)” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2006, p. 1)

En su mayoría se trata de personas adultas mayores que aparentemente están acostumbrados a que la atención propiciada sea algo deficiente.

La muestra estudiada no posee un alto nivel educativo, ya que el 86% posee solo el primario completo. No asiste ninguna persona con nivel universitario completo y son escasas las personas con nivel secundario completo (10%).

De acuerdo a los datos demográficos podemos señalar que la mayoría de las personas que acceden al centro son individuos con alta vulnerabilidad, en términos del nivel educativo (como indicador de nivel socio-económico) y de población dependiente a partir de la edad.

Donabedian (1973) define a la accesibilidad como la relación existente entre los servicios, los recursos de salud y las características los potenciales usuarios. Teniendo en cuenta esta tríada, es menester que el centro de rehabilitación para potenciar la accesibilidad de sus usuarios conozca las limitaciones individuales de acceso y transforme y mejore sus recursos para efectivizar ese acceso.

En este sentido se conjuntan dos vertientes: por un lado, la oferta (proveedores de servicio de salud) y, por otro, la demanda (población que requiere servicios de salud); las cuales convergen en el proceso de atención médica, determinado por una serie de variables y condicionantes, donde el proceso de atención médica se concibe como dos cadenas de actividades y sucesos en donde participan el otorgante de atención médica y el usuario.

Los usuarios asisten al centro principalmente por derivación debido a las enfermedades de base que presentan y son derivados a servicios de kinesiología, psicomotricidad, cardiología y neurología. Existe un 3,3% que logran ser derivados a psicología o psiquiatría.

Al considerar la etiología según la cual los usuarios son usuarios del centro, se puede observar que existe un alto porcentaje que acuden al centro para realizar una rehabilitación luego de la cirugía de columna, principalmente mujeres. Le sigue en importancia la rehabilitación luego de un ACV en donde existe una predominancia de los hombres. Ahora, al analizar el diagnóstico de salud se puede advertir que las dolencias por las cuales solicitan la rehabilitación son propias de personas de edad avanzada que requieren muchas horas para conseguir reales mejorías y de acuerdo a la incapacidad presentada se trata de deficiencias que complican la realización de tareas comunes.

El 86% de los usuarios tardó entre 1 y 3 horas desde el pedido hasta la recepción de su solicitud. El tiempo en la sala de espera puede ser muy largo y el tiempo de atención muy breve e insuficiente; lo cual nos remite, además,

a un tiempo objetivo y uno subjetivo. El tiempo objetivo es un indicador, gestor y evaluador de los procesos de atención: cumplimiento de una agenda, número de usuarios atendidos por hora, tiempo de espera, número de incapacidades por día, número de recetas por día, número de medicamentos y procedimientos al día, en fin, un conjunto de datos e indicadores necesarios para la gestión (Lago et al., 2013). El segundo, es uno de los mayores atributos de la percepción de un usuario insatisfecho con una muy larga espera y un tiempo de escucha insuficiente para expresar su dolor o padecimiento. Paradójicamente es coincidente con la percepción del profesional de la salud, cuya percepción del tiempo corresponde a la misma insatisfacción del usuario. Soslayando el tiempo de espera, atribuible a razones organizacionales y de procesos institucionales, el tiempo de interacción es objetiva y subjetivamente breve.

Por su parte, la demora en conseguir el turno en el 60% de los usuarios fue entre 15 y 30 días, mientras que el 30% restante fue menor a 15 días. Respecto al esfuerzo en obtener el turno de sesiones, se refiere mayoritariamente que requirió mucho esfuerzo el obtener un turno en el centro. Mientras que el 28% expresa que es el esfuerzo esperado.

Todas las formulaciones teóricas con respecto a la accesibilidad toman en cuenta dos variables: la población objetivo, y la estructuración y organización del sistema que se oferta. Se supone que la organización del sistema debería ser la adecuada a las características que presenta la población objetivo.

En este caso, las actividades del proceso de atención médica surgirían como respuesta a una necesidad percibida como una alteración de la salud, la cual va a estar determinada por variables de carácter social y psicosocial, dependiendo del entorno del individuo. En tanto, la oferta de servicios de salud induciría a la demanda de un servicio a partir de una necesidad percibida, ya sea por la población o por el usuario de la misma (Arredondo y Meléndez, 1992).

El 87% de los usuarios tuvo lesiones de tipo permanente o crónicas lo cual posee relación a los diagnósticos que dieron inicio al proceso de rehabilitación.

Ante las dificultades de traslado, el acceso se ve principalmente obstaculizado por el tipo de lesión presentada: lesión de larga data e incapacidad crónica. Son muchos los teóricos que analizan la accesibilidad desde un enfoque geográfico, sin embargo, existen otros que toman en cuenta la accesibilidad física la cual se define como las dificultades que afronta un individuo para alcanzar la dirección del servicio. De acuerdo a esta postura, dos personas que se encuentran a la misma distancia podrían tener diferencias en las oportunidades de acceso derivadas de sus atributos y condiciones personales.

Así, de acuerdo a lo establecido por Andersen (1995), los factores a tener en cuenta para analizar el acceso son: las características del sistema; los factores individuales y los condensadores (medios disponibles y recursos económicos). En este caso, nos encontramos ante factores individuales que ya de por sí, funcionan como obstáculos para el acceso a los servicios. La mayor parte de las personas, de acuerdo a su diagnóstico, poseen serias dificultades para transitar y trasladarse con libertad, debido a sus condiciones médicas.

El turno obtenido en su mayoría es programado o es por derivación. Son muy pocos los que acceden al centro por una urgencia (2%). Más de la mitad de las personas encuestadas no realizó la entrevista de admisión, existiendo además un 23% que desconoce qué sería una entrevista de admisión y sólo el 33,33% efectuó dicha entrevista. Las expectativas de los usuarios y profesionales de la salud son distintas, en relación con la derivación. Al usuario le interesa contar con una segunda opinión. El médico de cabecera busca listas de espera cortas, una atención de calidad para el usuario y buena comunicación con el especialista. El especialista espera que las derivaciones que recibe estén justificadas. Por añadidura, los gestores quieren reducir el número de derivaciones para mejorar la eficiencia de su gestión.

Es alentador comparar nuestros resultados con los de Sánchez-Torresa quien plantea que la adecuación de las estrategias que se implementen en los programas para hacer accesible los servicios médicos es muy importante, están diversificadas las necesidades y condiciones de la población; la población rural que necesiten trasladarse (en este caso al CMMM), logren la

obtención del servicio, es decir, se haga efectiva la accesibilidad (Sánchez-Torresa, 2017).

Llama la atención que, frente a otros servicios de alta demanda como kinesiología, los servicios destinados a aliviar el sufrimiento psíquico de los usuarios tengan un acceso mucho más restringido. Más aún, cuando desde nuestros datos muestran que el 42,7% de los usuarios fueron derivados de este servicio, pareciera que el estado anímico de los usuarios no es bueno".

Ninguno de los encuestados asiste todos los días al centro de rehabilitación. La gran mayoría lo hace una vez por semana y sólo el 23,33% lo hace dos veces por semana. Los turnos de asistencia son en su mayoría a la mañana en un 76,66% y sólo el 23,33% de los encuestados asiste a la tarde. El turno no es indiferente para un número considerable de usuarios y le genera cierta interferencia o mucha interferencia en las actividades. Uno de los factores que Andersen (1974) incorpora dentro del concepto de accesibilidad es el nivel de satisfacción del usuario. En este caso, y debido a las dificultades para obtener un turno, la satisfacción del usuario se ve impedida por cuestiones de índole administrativas que deberían revisarse y modificarse.

Las barreras económicas son definidas como la imposibilidad de acceder por falta de dinero, ya que las cuestiones de salud impactan en el gasto familiar al tener que costear medicamentos y traslados.

Con respecto a esto, se han registrado serias dificultades para llegar y asistir al centro. Más de la mitad de los encuestados son jubilados y pensionados con dificultades de tipo motrices, requieren ayuda para trasladarse y ello implica el desembolso de una suma de dinero mayor. Poseen ingresos muy bajos y la mayoría tiene como obra social el PAMI.

El 82% de los usuarios encuestados (123 usuarios) no posee trabajo, y todos los que trabajan lo hacen en relación de dependencia; teniendo como promedio entre 20 a 40 horas de trabajo semanales.

En relación con la satisfacción sobre las horas que trabaja, el 56% (84 usuarios) se encuentran insatisfechas con las horas trabajadas.

Por su parte, aquellos que no trabajan son en su mayoría jubilados o pensionados.

En relación al tipo de cobertura de salud que poseen los usuarios encuestados, el 60,9% posee obra social (92 usuarios) y utiliza la salud pública el 36,66% (104 usuarios). Debido a que un número elevado de los encuestados son jubilados y pensionados poseen como obra social el PAMI (69%; 196 usuarios), le sigue Sancor con un 23% (65 pacientes).

Se advierte que dentro del hogar cumple la función de jefe o jefa de familia y un 56,66% de los encuestados admite que requiere de ayuda económica para solventar los gastos de su salud.

Respecto a los ingresos, el 43% de los encuestados posee ingresos bajos que van desde menos de 10.000 a los 20.000 pesos solamente, estos se encuentran por debajo del promedio de la provincia que es 40891 pesos, casi a la mitad de este, siendo la segunda con promedio más alto del país.

Como los ingresos son generalmente bajos, más de la mitad admite necesitar ayuda económica para solventar los gastos de salud, los cuales son asumidos en un 56,66% por familiares directos y en un 30% por familiares indirectos.

Al preguntar si gasta dinero para trasladarse del centro a su casa, los encuestados indicaron casi unánimemente que el traslado implicaba un gasto para ellos. La gran mayoría admite que el gasto en traslado significa un desembolso importante para la economía individual. Un 46,66% admitió tener dificultades para pagar y aquellos que tuvieron dificultades más de la mitad admitió necesitar ayuda para realizar el traslado, ayuda que fue posibilitada por un familiar, por amigos o por la obra social.

De acuerdo a lo establecido en la teoría, la accesibilidad comprende el uso real de los servicios de salud y todos aquellos factores que impiden ese acceso. Uno de esos factores que puede impedir el acceso es el tema económico. Es decir, los recursos individuales con los cuales cuentan las personas para lograr trasladarse y para lograr obtener el servicio de salud requerido.

Si se comparan las características personales en función del acceso y se suma las dificultades económicas presentadas, estamos ante una población que presenta reales dificultades de acceso a nivel individual y que deberían tenerse en cuenta desde el servicio de salud.

A este respecto, estamos de acuerdo con la postura de Stolkiner (2007) la cual sostiene que la accesibilidad del servicio de construye entre sujetos y servicios y son éstos últimos los que deben acercarse a la población. Por lo tanto, la accesibilidad es una responsabilidad de la oferta que debe gestionar para que las barreras no surjan.

Con respecto a la accesibilidad geográfica, la gran mayoría de los encuestados poseen dificultades de traslado ya que requieren de apoyos para su movilidad. Esa situación los hace depender de vehículos rentados de traslado como taxis, remises y ambulancias. Ello se agrava por la presencia de accidentes geográficos en el camino y por las distancias que deben recorrer para llegar al centro. Además, se desconoce la presencia de una combi de traslado y aquellos que conocen su existencia nunca probaron utilizarla.

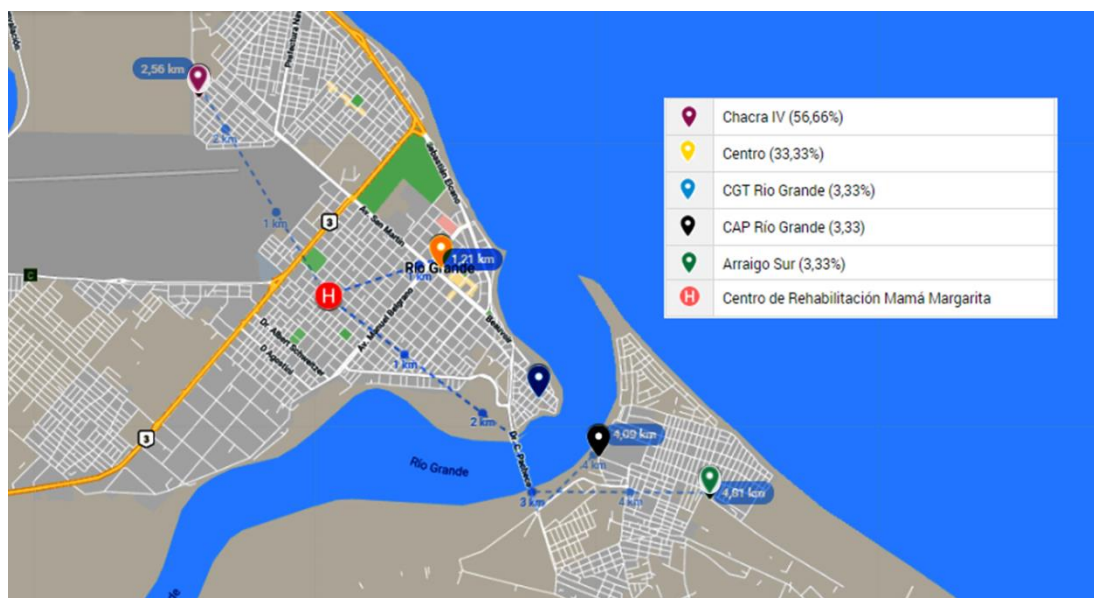
Una gran proporción de personas refieren que utiliza un solo medio de transporte.

En el estudio se revela desconocimiento sobre la existencia de la combi de traslado interno y los que conocen su existencia nunca acudieron a una sesión con la misma. En este caso, la tríada de accesibilidad establecida por Donabedian (1973) falla ya que existe un recurso pensado para facilitar el acceso (la combi), pero es desconocido por los potenciales usuarios. Por lo tanto, los fines de implementación de este recurso no se cumplen cabalmente por falta de información al usuario y ello comprende un obstáculo a la accesibilidad plena. Esta gestión corresponde a la institución, no obstante, deberían realizarse gestiones para mejorar la eficiencia y visibilidad de este servicio.

Existe una proporción muy grande de personas que vive a más de 30 cuadras del centro de rehabilitación por lo cual se les hace imposible el traslado caminando requiriendo siempre un vehículo para acceder.

Un porcentaje mayoritario (56,66%) vive en la zona de Chacra IV, le siguen las personas que viven en el Centro (33,33%) y el resto se reparte entre CGT, CAP y Arraigo Sur.

Las distancias promedios y porciento de usuarios según barrio de procedencia se muestran en el siguiente mapa:



Un 56,66% admite tener en el camino accidentes geográficos que dificultan su traslado.

Las barreras geográficas, que están directamente relacionadas con las condiciones orográficas y espaciales que dificultan o impiden el acercamiento de los servicios de salud a la población, ya sea por una característica geográfica o por una barrera construida por el hombre, por ejemplo, una carretera, un puente o medios de transporte con horarios adecuados para su alcance (Stolkiner, 2007).

Como ya habíamos establecido antes, los obstáculos geográficos no pueden ser interpretados cabalmente desde el punto de vista de accesibilidad si no se toman en cuenta los aspectos físicos e individuales particulares de las personas. Así, teniendo en cuenta los factores físicos, el acceso a nivel geográfico presenta serios problemas de acceso para los usuarios, ya que las dificultades físicas presentadas les impiden acceder caminando al centro, aunque se encuentren a pocas cuadras y los obliga a depender de medios de transporte de alquiler como remises lo cual implica un costo particular y elevado para la economía familiar del usuario.

En este caso, se requiere del establecimiento de una gestión integral que tome en cuenta todos los aspectos de la accesibilidad de los usuarios tal como lo expresa Sanchez Torres (2017).

Por último, con respecto a la accesibilidad cultural, muchos presentan dificultades para la realización de las tareas hogareñas, tienen dificultades

para realizar ejercicios físicos fuera del centro y tienen la ayuda generalmente de los hijos, los esposos y los nietos.

Por su parte, los obstáculos de tipo simbólicos o culturales se pueden definir como son las creencias con respecto a la salud, las costumbres y la visión que tienen las personas con respecto a la enfermedad y la muerte, que establecen el tono para la toma de decisiones en caso de una eventualidad o una enfermedad.

Cuando tienen problemas de salud las personas lo hablan generalmente con un profesional (66,66%) y con un la esposa y los hijos (40%). Como la mayoría de las personas encuestadas son personas mayores, las decisiones con respecto a la salud se toman por sí mismo (43%) y por sus hijos y esposa (38%). En el caso de tomar una decisión por sí mismo, las personas encuestadas respondieron que obtienen el respeto de su decisión a veces (70%).

Respecto a la toma de medicación, queda claro que los encuestados cumplen con esa actividad (96,66%) y son ayudados a veces por los hijos y la esposa (50%) y por los enfermeros (33,33%). De forma similar se suele cumplir con la asistencia a los turnos (86,66%) y son ayudados en ese cumplimiento por la esposa (23,33%), los hijos (26,66%) y los nietos (33,33%).

Este estudio arroja importantes cuestiones sobre la percepción sobre el estado de salud de los encuestados, donde prevalecen los que la consideraron regular (76,66%), y le sigue la percepción del estado de salud como mala (13,33%). En este caso, se puede advertir una percepción negativa con respecto a la propia enfermedad y a las posibilidades de mejora. Se trata de adultos mayores con serias dificultades para realizar las tareas diarias que se sienten vencidos ante los obstáculos y aceptan el estado de situación sin presentar demasiada motivación e incentivo para salir de la situación actual. Aquí debería tomarse intervención desde un enfoque multidisciplinar ya que la sola intervención de los agentes de rehabilitación no alcanza debido a que se requiere de un apoyo de tipo psicológico. La razón de tal concreción estriba en la relevancia que, como en otros campos, adquiere la evaluación en el área de la psicología de la rehabilitación. Por lo que resulta conveniente la revitalización de áreas relevantes, como la orientación

profesional, las actitudes, temas que conservan actualidad y todo su vigor en el proceso de integración, así como la introducción de áreas nuevas, en especial habilidades sociales, calidad de vida, apoyo social, estrategias de afrontamiento, etc., temas que están demostrando eficacia en otros campos de las ciencias de la salud.

El no contar con la accesibilidad adecuada permite que se amplíe la brecha de implementación de esa intervención, es decir entre lo que se anuncia y lo que en realidad se ejecuta (Grindle, 2009). Los determinantes sociales y económicos, en este caso, tienen un peso significativo al momento de garantizar la accesibilidad. Sin ir más lejos, las problemáticas de salud actuales están vinculadas a situaciones de pobreza y exclusión y a la presencia de inequidades en el acceso a servicios y recursos de salud (Maceira et al., 2017).

Respecto al conocimiento del centro de salud, un hallazgo interesante fue el hecho que, si bien había oído de la existencia, no sabía cómo funcionaba. Los encuestados admitieron haber asistido a otro centro de rehabilitación con antelación y su decisión de cambiar tuvo que ver con la exigencia del pago de las prestaciones (66,66%) y con la falta de una atención integral (33,33%).

Estos resultados difirieron de los encontrados por Comes en una investigación participativa que indagó sobre la existencia de problemas de accesibilidad, pudo constatar que el “encuentro entre población y servicios” no presentaba las dificultades que inicialmente se suponían (Comes et al., 2007).

Los resultados proporcionan un soporte al argumento que existe dificultad para acceder a la solicitud de admisión del centro. Sin embargo, la atención dentro del centro es percibida por los encuestados como muy buena destacando la atención de los kinesiólogos y la gente de terapia ocupacional. Los profesionales son percibidos en su totalidad de manera positiva ya que admiten haber podido informarse y permitieron conseguir otras terapias dentro del mismo centro.

Sin embargo, la percepción de los administrativos es en su mayoría regular en todas las áreas, con impedimentos para acceder a los tratamientos y a los turnos.

Dentro del centro alrededor de la mitad de los usuarios no percibió dificultades para deambular por los distintos sectores, pero muchos han detectado falencias en las señalizaciones en especial en el sector de ambulancias (56,66%) y la pileta terapéutica (33,33%).

La OMS (2013) incorporó dentro de las políticas públicas de salud el hecho de la accesibilidad. El primer pilar se denomina oferta, e indica que se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud. El siguiente pilar es la accesibilidad, en el cual, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva. Nos detendremos en este último punto, el servicio de salud el que debe acercar la oferta, por lo tanto, si se detectan problemas de señalización y problemas de atención en la administración es el servicio el que debe gestionar los procesos de mejora para efectivizar la accesibilidad de sus usuarios.

El análisis multifactorial realizado en la investigación evidenció la necesidad del manejo del problema de accesibilidad desde la perspectiva de la acción social y la responsabilidad de todos, realizar modificaciones socio ambientales necesarias para lograr la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social, no podemos concebir la discapacidad como un atributo de la persona sino como un conjunto de condiciones, de las cuales un conjunto de ellas son generadas por el contexto y el entorno social donde se desarrollan, de ahí que las limitaciones a la accesibilidad (geográfica, económica) identificadas sirven como pilar fundamental para el desarrollo de futuras líneas de investigación y estrategias concretas.

Esta visión y estrategias se vinculan fuertemente con la concepción del modelo social de la discapacidad, que analiza la discapacidad como un problema de origen social y se centra en la integración de las personas a la sociedad (Solís et al., 2008).

Es interesante observar que en el 90% de la muestra fue derivada por el personal de salud de la institución o externo, y más allá de las barreras que tuvieron para acceder a los servicios de rehabilitación, lo que denota un interés por lograr una reinserción social y darle solución a la patología que lo llevó a rehabilitación. Los resultados del presente estudio son consistentes con lo planteado por Ferrante sobre “la persona con discapacidad, que debe esforzarse para alcanzar una funcionalidad “normal” para integrarse a la sociedad y recuperar su pleno status humano perdido a causa de la discapacitación o jamás adquirido a raíz de haber nacido con una discapacidad” (Ferrante, 2014).

En el caso de la discapacidad podemos observar paradigmáticamente esta lógica de transformación de lo social en individual, especialmente a través de la metamorfosis de la desigualdad en desventaja corporal, si a ello le sumamos barreras a la accesibilidad se estaría limitando con el acceso pleno a los servicios de rehabilitación.

La atención de los usuarios del centro a pesar de estar concebida para la rehabilitación mayoritariamente física resulta pertinente la articulación con los servicios de psicología, psicopedagogía y trabajadores sociales. Una posible explicación para esto es el hecho que: “discapacidad y deficiencia no pueden ser pensadas de modo separado, ya que ambas se encuentran definidas en un contexto socio-político específico y en un sistema de relaciones sociales. De esta forma es atinado decir que la discapacidad tiene mucho que ver con el cuerpo y con eso llamado deficiencia”(Ferrante&Venturiello, 2014)

Como limitaciones del presente estudio tenemos que no se exploró si los encuestados tenían Certificado Único de Discapacidad, que es el documento oficial que certifica la discapacidad de la persona y le permite acceder a derechos y prestaciones que brinda el Estado.

7.1. CONCLUSIONES

Se puede concluir que, en función de los datos recolectados, predominaron los usuarios de edades avanzadas, y sexo femenino; en su mayoría con una escolarización primaria y secundaria.

La alta incidencia de lesiones del tipo crónica, las dificultades y el uso de medios para deambular, el bajo ingreso, en su mayoría por debajo de la línea de la pobreza, sugiere que los problemas de accesibilidad de los usuarios que asisten al Centro Médico Mamá Margarita se explican por la dimensión económica y geográfica, es decir a problemas económicos y dificultades de traslado presentadas.

A pesar de las dificultades percibidas, generalmente los usuarios no ven esos problemas como fuera de lo cotidiano ya que se encuentran acostumbrados a realizar esfuerzos para poder asistir a cualquier centro de salud.

Este estudio colabora a la comprensión del papel de la mejora y búsqueda de eficiencia en los procesos administrativos en el otorgamiento de turnos y derivaciones con los diferentes profesionales, por un lado, permitirá mejorar la calidad de la atención y por el otro, a evitar complicaciones de las lesiones por falta de rehabilitación oportuna o evolución a la cronicidad.

Basados en las características demográficas de los usuarios objeto de estudio es recomendable tomar estrategias para elevar la calidad del servicio prestado al usuario y con ello mejorar su calidad de vida con una mayor prontitud y eficiencia.

Dentro del ámbito de la demanda de servicios de salud, se analizaron aspectos relacionados con factores que afectan la demanda, los estudios demográficos, educacionales, la distribución del ingreso y los perfiles epidemiológicos. Esta demanda no sólo considera el daño a la salud, sino que también los determinantes o condicionantes que influyen en el proceso salud-enfermedad.

Los resultados proporcionan soporte concluyente con los vínculos teóricos entre los planteos fundacionales del modelo social de la discapacidad mediante el análisis de la vinculación de las dimensiones de la accesibilidad y

los servicios de rehabilitación que precisamente buscan incorporarlos a la sociedad, elevar su grado de validez y autonomía del usuario, sin embargo es una realidad que el análisis desde una perspectiva integral (incluyendo elementos socioculturales y económicos) nos hace reflexionar desde una perspectiva integradora del usuario y brindarle una atención ajustada a su realidad.

Basados en este análisis se generan nuevas hipótesis de investigación y recomendaciones para la gestión con la finalidad de desarrollar acciones y estrategias concretas con la finalidad de elevar la calidad de la atención que se brinda en este centro de salud.

El propósito de los sistemas sanitarios es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población y este aspecto debe ser considerado en el estudio de la entrega de servicios. Es innegable que las organizaciones sanitarias impactan el nivel de vida y salud de las poblaciones; sin embargo, para continuar aportando deben adecuar constantemente su organización y producción de servicios a las necesidades de la población, con la finalidad de trabajar para lograr la excelencia de los servicios de salud.

Basado en las conclusiones y hallazgos descritos en la presente investigación se recomienda:

- Mejorar las condiciones del servicio de transporte del sector que facilite el acceso de las personas a los servicios de rehabilitación.
- Promover políticas transversales en el sistema de salud orientadas a una atención eficaz y eficiente especialmente en personas con discapacidad transitoria o permanente que requiera los servicios de rehabilitación priorizando la atención del ser humano como ser integral y holístico.
- Fomentar la educación continua en el personal de salud que brinda servicios de rehabilitación centrándose en mejorar la administración de recursos, en la promoción de estilos de vida saludables y sobre concomiendo de derechos en personas con discapacidad.
- Impulsar políticas públicas en educación teniendo como eje fundamental, la pluralidad de los individuos que hacemos la

sociedad, fomentando el valor del respeto, el interés por los demás y dejar de lado la discriminación al que es diferente.

Entre las perspectivas futuras que podrían derivarse de la presente investigación podemos mencionar:

- El análisis de la accesibilidad más allá del contexto geográfico y socio-organizacional, incluyendo el análisis desde la perspectiva del personal de salud, decisores y otros actores fuera del ámbito de la salud.
- El análisis de la accesibilidad desde la perspectiva de género en el análisis de las barreras de accesibilidad y el uso del lenguaje inclusivo.
- Investigaciones sobre organización de los servicios de salud en relación a las necesidades, hábitos y costumbres de la población y su impacto en el acceso a los servicios de rehabilitación en el territorio.
- El rediseño de los procesos de atención con la finalidad de promover la participación ciudadana en la generación de un sistema de salud de alta calidad.

CAPITULO VII. BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

8.1. BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e104. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.104>
- Almeida, M. E., & Angelino, M. A. (2012). *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*. Facultad de Trabajo Social (Universidad Nacional de Entre Ríos). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/26338>
- Amate, A., & Vásquez, A. (Eds.). (2006). La discapacidad en América Latina. En *Discapacidad. Lo que todos debemos saber*, Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de Salud.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Ballesteros, M. S. (2016). Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 234–250.
- Báscolo, E. (2007). Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 112-125.
- Carracedo, E. (2005). *Utilización de un servicio de salud, accesibilidad y adherencia*. 1er Congreso latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina.
- Castiglione, M. S. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista de Direito Sanitário*, 15(2), 66–72.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201–209.

- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 33, 228-247.
- De Pietri, D., Dietrich, P., Mayo, P., Carcagno, A., &Titto, E. de. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *RevistaPanamericana de SaludPública*, 34, 452-460.
- Donabedian, A. (1973). An examination of some directions in health care policy. *American JournalofPublicHealth*, 63(3), 243-246.
- Ferrante, C. (2014). *Usos, posibilidades y dificultades del modelo social de la discapacidad*. 1(3), 31-55.
- Ferrante, C. (2015). *Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado?* <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51984>
- Ferrante, C., &Venturiello, M. P. (2014). El aporte de las noticias de cuerpo y experiencia para la comprensión de la «discapacidad» como asunto político. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), 45-59. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2014.35709>
- Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438-453.
- Frías-Navarro, D. (2013). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Galante, M., Konfino, J., Ondarsuhu, D., Goldberg, L., O'Donnell, V., Begue, C., Gaudio, M., King, A., Sciarretta, V., &Laspiur, S. (2015). Principales resultados de la tercera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en Argentina. *Rev. argent. salud publica*, 6(24), 22–29.
- Gobierno de Tierra del Fuego. (1991). *Constitución Provincial Tierra del Fuego*. http://www4.tierradelfuego.gov.ar/wp-content/uploads/2016/02/const_tdf.pdf
- Grindle, M. (2009). *La brecha de la Implementación en Freddy Mariñez Navarro "Política pública y democracia en América Latina"*. Porrúa.

- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: Impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2), 0-0.
- Hughes, B. (2008). El modelo social de discapacidad y la desaparición del cuerpo: Hacia una sociología del impedimento. *El modelo social de discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento*, 107-123.
- INDEC. (2010). *Censo Nacional 2010*.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
- Lago, F. P., Elorza, M. E., Moscoso, N. S., & Vanina-Ripari, N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: El caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25).
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7126>
- Maceira, D. A., Urrutia, M., Olaviaga, S., Cerrizuela, B., Chami, C., Díaz, A., García Chamud, G., Ensisa, L., Saad, A. M., & Vázquez, M. (2014). Necesidades y acceso a los servicios de salud de la población adolescente en el norte argentino. *Rev Argent Salud Pública*, 5(20), 17-24.
- Maceira, D., Espinola, N., Nievas, M., Palacios, A., & Urrutia, M. (2015). Políticas diferenciales en el tratamiento de los recursos humanos en salud en Argentina: Estructura de salarios, incentivos contractuales y ambiente laboral en el subsistema público. *Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación*.
- Maldonado Victoria, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: Una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1994). *Constitución de la Nación Argentina: Ley nº 24.430*.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2006). *Ley 721—Regimen de jubilación y pensión. Para el personal de los tres poderes del estado provincial*. <http://www.saij.gob.ar/LPV0001217>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Estadísticas de salud de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur*. http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2010/acta-01-10/anexo-7_min-salud-tierra-del-fuego.pdf
- Moseley, M. J. (1979). *Accessibility: The rural challenge*. Methuen and Company Limited. <https://trid.trb.org/view/148143>
- Municipio de Rio Grande. (2014). *Decreto Municipal N° 0940/14*.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). (2012). *Rehabilitación posterior al ataque cerebral*. https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/rehabilitacion_posterior_al_ataque_cerebral.htm
- Nieto-Blasco, J., Vicente-Blanco, M. V., Calvo-Vera, A. B., Lobato-Benito, L., Rubio-Gil, F. J., Mendoza-García, J. L., & Rodríguez-Pérez, M. P. (2018). Estudio de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Rehabilitación del CAUSA. *Rehabilitación*, 52(1), 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.rh.2017.09.009>
- Organización de Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. [An Approach to the Use of Cronbach's Alfa.]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4 [41]), 572-580.
- Parra-Dussan, C. (2010). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Antecedentes y sus nuevos enfoques. *Rev. Colomb. Derecho Int*, 16, 347-380.
- Peranovich, A. C. (2017). Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 13, 73-90. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.991>

- Pérez-Bueno, L. C. (2010). *Discapacidad, derecho y políticas públicas*. Ediciones CINCA.
- Ponce, B. E. (2015). Análisis de la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud: Estudio aplicado en los Centros Regionales de Referencias del Gran Resistencia (Chaco, Argentina). *Revista de Salud Pública*, 19(3), 32-44.
<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v19.n3.13068>
- Quinn, G., Degener, T., & Bruce, A. (2002). *Derechos humanos y discapacidad: Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*. Naciones Unidas.
- Ramos Valencia, O. A., Bahos Ruano, L. X., Salamanca Bermúdez, J. A., Zemanate Bolaños, L. F., & Mosquera, H. J. (2019). Fisioterapia y Atención Primaria en Salud en servicios de baja complejidad de salud en Colombia. *Fisioterapia*, 41(1), 12-20.
<https://doi.org/10.1016/j.ft.2018.11.004>
- Riutort, M., & Cabarcas, F. (2006). DESCENTRALIZACIÓN Y EQUIDAD: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA LATINOAMERICANA. *Gerencia y Políticas de Salud*, 5(11).
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2732>
- Sánchez-Torresa, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.
- Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(2), 127-141.
- Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: Una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12, 113-123.
<https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>

- Solís, C. L. B., Manzano, A. O., & Ramírez, R. O. (2008). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Revisión de sus aplicaciones en la Rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 7(1-2), 25-31.
- Somoza, M. J., & Melcon, M. O. (2015a). Número de neurólogos y carga de enfermedades neurológicas en Argentina. *Neurología Argentina*, 7(2), 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.12.001>
- Somoza, M. J., & Melcon, M. O. (2015b). Discapacidad por enfermedades neurológicas. Carga, población y recursos humanos en Argentina. *Neurología Argentina*, 7(4), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2015.07.004>
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). A review of concepts in health services access and utilization. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, S190-S198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>

8.2. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN “Accesibilidad a los servicios de salud en rehabilitación que brinda el Centro Médico Mamá Margarita. Río Grande, Tierra del Fuego”

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación propuesto por la UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, bajo la coordinación de LIC. RODRIGO E. LAGORIA.

Es muy importante que usted lea y entienda cuáles son sus derechos respecto esta investigación. Por favor, si no entiende alguno de los puntos re pregúntele al entrevistador.

- (a) Su participación en este estudio es totalmente voluntaria.
- (b) Usted puede retirarse del estudio cuando lo desee, la revocación de este consentimiento no tendrá perjuicio alguno sobre su persona
- (c) Ninguna persona involucrada en este estudio recibirá beneficios económicos como pago por su participación.
- (d) Este estudio no tiene ningún interés económico por parte de los investigadores ni por parte de las instituciones participantes.
- (e) Confidencialidad: Los registros con la información de cada individuo permanecerán por los investigadores. Los instrumentos de recolección de datos y la información que usted nos proporcione son de carácter absolutamente confidencial, de manera que solamente usted y el equipo de investigación tendrá acceso a sus datos. Por ningún motivo se divulgará esta información, cuando los resultados de este estudio sean reportados en revistas o en congresos científicos, los nombres de todos aquellos que tomaron parte en el estudio serán omitidos.
- (f) Si tiene alguna interrogante sobre el estudio por favor no dude en manifestarlo, se prestará especial atención a sus preguntas. Cualquier información adicional usted podrá obtenerla directamente con:

DIRECTOR DE TESIS: JUAN LIBRANDI, correo electrónico:
JUAN@LIBRANDI.COM.AR Tel.: 011- 56547599

JUSTIFICACIÓN: Es necesario obtener datos concretos que faciliten nuevas intervenciones para disminuir el tiempo de acceso a la rehabilitación que ofrece el Centro Médico Mamá Margarita.

OBJETIVO: Caracterizar la accesibilidad a la atención interdisciplinaria de rehabilitación que brinda el Centro Médico Mamá Margarita teniendo en cuenta su capacidad de atención.

PROCEDIMIENTO: Realizaremos una breve encuesta donde preguntaremos algunos datos respecto de su persona y otros sobre su experiencia en el centro.

RIESGOS E INCOMODIDADES: La participación en este estudio no representa un riesgo para su salud e integridad física o psicológica. Tampoco modificará en nada su derecho de acceder al tratamiento propuesto por su equipo. Solo debe utilizar parte de su tiempo para la aplicación del instrumento. Le recordamos que puede interrumpir su participación cuando lo desee.

BENEFICIOS ADICIONALES: Este estudio tiene para usted y la población en general el beneficio adicional de proporcionar bases de datos que fundamenten mejoras en la atención en el Centro.

MANEJO DE RESULTADOS: La identidad del participante estará siempre protegida, por ninguna razón se publicarán los nombres de las personas que participan en este estudio, ni su relación con las instituciones a los cuales acuden. Estos datos serán manejados con absoluta reserva por parte de los investigadores. De publicarse Los resultados de la investigación, no se identificarán los individuos que participaron en la misma.

Firma del participante: _____ DNI: _____

FECHA:

ANEXO N° 2:

Encuesta de accesibilidad a los servicios de salud en rehabilitación que brinda el Centro Médico Mamá Margarita

- DATOS DEMOGRÁFICOS*

1. Sexo

MASCULINO	
FEMENINO	
OTRO	

2. ¿Qué edad tiene Ud.?

.....

3. En referencia a su nivel educativo, ¿cuál es el máximo nivel que alcanzó? Seleccione con una cruz.

NIVEL EDUCATIVO	COMPLETO	INCOMPLETO
PRIMARIO		
SECUNDARIO		
TERCIARIO		
UNIVERSITARIO O MAS		

- ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA*

4. En relación a la enfermedad actual, ¿con que diagnóstico de salud su médico le solicita rehabilitación? Marcar opción correcta.

POLITRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO	
CIRUGIA DE COLUMNA	
NEUROLOGICO: ACV	
NEUROLOGICO: ELA	
NEUROLOGICO: COREA DE HAGMINTON	
DISTROFIAS MUSCULARES	
TRAUMATOLOGICO (Cual.....)	
OTRO (cuál.....)	

5. La lesión discapacitante que lo lleva a rehabilitación, ¿qué tiempo tiene? (desde que lo diagnosticaron a la fecha).

MENOS DE 30 DIAS	
DE 31 DIAS A 6 MESES	
DE 6 MESES A 12 MESES	
MAS DE 12 MESES	

6. La lesión discapacitante que lo lleva a rehabilitación, es:

TRANSITORIA	
PERMANENTE/ CRONICA	
NO SE	
OTRA	

7. Desde que su médico le indico rehabilitación, e incluyendo fila de atención, gastos de llamadas telefónicas, uso de internet para gestión de atención ¿cuántas horas pasaron para que le recepcionen la solicitud de rehabilitación en el CMMM?

NO TUVO DEMORAS (Inmediato)	
1-3 hs	
4- 5 hs	
OTRO (completar.....)	

8. Desde que le recepcionaron su pedido de rehabilitación, ¿cuánto tiempo tardó en conseguir el turno?

NO TUVO DEMORAS (recepción y turno en el momento de entrega de solicitud)	
INMEDIATO (1- 14 DIAS)	
MEDIATO (15- 30 DIAS)	
TARDIO (MAS DE 31 DIAS)	

9. En cuanto al turno de sesiones de rehabilitación, ¿le costó mucho esfuerzo en obtenerlo?

SI, (mucho más esfuerzo del que esperaba)	
REGULAR, (la cantidad de esfuerzo que esperaba esfuerzo normal)	
NO, mucho menos esfuerzo de lo que esperaba	

10. ¿Necesitó ayuda de otras personas para conseguir el turno de atención?

(en caso de respuesta negativa, pasa a cuestionario n° 12).

SI	
NO	

11. ¿Cómo consiguió su turno de atención?

PRESENTANDO SOLICITUD DE REHABILITACION	
CONSIGUIO EL TURNO POR VIAS INFORMALES (Político)	
LO CONSIGUIO POR ALGUIEN QUE TRABAJA DENTRO DE LA INSTITUCION	

LE CONSIGUIO UN TRABAJADOR SOCIAL	
FUE DERIVADO POR UN CENTRO DE SALUD (Hospital, CAPS, CAC)	
OTRO (completar)	
NO SABE- NO CONTESTA	

12. El turno otorgado, fue por:

DERIVACIÓN	
CON TURNO PROGRAMADO	
TURNO PARA ATENCION DE URGENCIA	
OTRO	

13. ¿Qué caminos usó para obtener el turno?

PRESENTANDO SOLICITUD DE REHABILITACION	
CONSIGUIO EL TURNO POR VIAS INFORMALES (Político)	
LO CONSIGUIO POR ALGUIEN QUE TRABAJA DENTRO DE LA INSTITUCION	
LE CONSIGUIO UN TRABAJADOR SOCIAL	
FUE DERIVADO POR UN CENTRO DE SALUD (Hospital, CAPS, CAC)	
OTRO (completar)	
NO SABE- NO CONTESTA	

14. Antes del primer turno, ¿Le realizaron la entrevista de admisión al CMMM?

SI	
NO	
N/S N/C	

15. Según la entrevista de admisión, ¿A qué servicios de atención de salud que brinda el CMMM lo derivaron? - la selección puede ser de opción múltiple.

DERIVACION/ ESPECIALIDAD	DERIVACION	
	SI	NO
KINESIOLOGIA		
HIDROTERAPIA		
PSICOLOGIA		
PSICOPEDAGOGIA		
PSICOMOTRICIDAD		
FONOAUDIOLOGIA		
NUTRICION		
REHAB CARDIOVASCULAR		
TERAPIA ADAPTADA		
PSIQUIATRIA		

CARDIOLOGIA		
NEUROLOGIA		
TERAPIA OCUPACIONAL		

16. ¿Cuántas veces por semana asiste al CMMM?

1 VEZ POR SEMANA	
2 VECES POR SEMANA	
3 VECES POR SEMANA	
TODOS LOS DIAS	
OTRO (.....)	

17. ¿En qué turno? (TM: 08 A 13HS- TT: 14 A 19 HS)

MAÑANA	
TARDE	
AMBOS TURNOS	

18. Ese turno que le otorgaron, ¿Le es cómodo el horario de atención?

ME QUEDA MUY CÓMODO EL HORARIO	
ME QUEDA CÓMODO EL HORARIO	
NO ME GENERA GRANDES PROBLEMAS NI COMIDADES	
INTERFIERE UN POCO CON MIS ACTIVIDADES	
INTERFIERE MUCHO CON MIS ACTIVIDADES	
OTRO (completar)	

• *ACCESIBILIDAD ECONÓMICA*

19. Ud. ¿Tiene trabajo? (en caso afirmativo pasa a cuestionario n° 22)

SI	
NO	

20. ¿En qué relación laboral se encuentra?

EMPLEADO (relación de dependencia, autónomo, monotributista etc.)	
DESEMPLEADO	
BUSCO TRABAJO	
NO BUSCO TRABAJO	

21. En los últimos 30 días, ¿busco trabajo? (contestaran quienes hayan dado respuesta NO a la pregunta 19 y pasa a cuestionario n° 24).

SI	
NO	

22. En caso de ser activo y estar actualmente empleado, ¿Cuántas horas semanales trabaja?

MENOS DE 19 HS SEMANALES	
20 A 30 HS SEMANALES	
ENTRE 31 Y 40 HS	
MAS DE 41HS SEMANLES	

23. ¿Se encuentra satisfecho con la cantidad de hs trabajadas o desea trabajar más?

SATISFECHO	
INSATISFECHO	

24. En caso de no trabajar y su situación es ser desempleado/ no busco trabajo, Ud. es: (responder en caso de haber sido negativa la respuesta en cuestionario n° 19)

JUBILADO	
PENSIONADO	
AMA/O DE CASA	
PERSONA CON DISCAPACIDAD	
ESTUDIANTE	

25. ¿Tiene obra social?

SI	
NO TENGO, UTILIZO SALUD PUBLICA	

26. ¿Cuál? (puede seleccionar múltiples opciones/ contestar en caso de respuesta anterior afirmativa)

SWIS MEDICAL	
SANCOR	
OSDE	
PAMI	
PROFE	
OSEF (ex Ipauss)	
OTRA	

27. En cuanto a su economía familiar, ¿Es Ud. el único proveedor de ingreso económico de su hogar?

SI	
NO	

28. ¿Es Ud. jefe/a de familia? (en caso de respuesta negativa, pasa a cuestionario n° 29).

SI	
NO	

29. ¿Quién es el/la jefe/a de familia?

.....
.....

30. ¿Necesita ayuda económica para sobrellevar su situación actual de salud?

SI	
NO	

31. ¿Cuál es el ingreso económico familiar mensual?

Menor a \$10.000	
\$10.000-\$20.000	
\$20.000-\$30.000	
\$30.000-\$40.000	
Más de 40.000	
N/S- N/C	

32. ¿Tiene alguna ayuda económica para solventar los gastos de salud?

SI	
NO	

33. ¿De dónde proviene la ayuda económica que recibe? (responder en caso afirmativo de pregunta n° 32)

PLAN SOCIAL	
BECA- ¿Cómo se llama? (completar)	
PLAN ALIMENTARIO SECO/HUMEDO	
SUBSIDIO DEL ESTADO (Impuestos, alquileres, viáticos)	
ONG (Organización no Gubernamental)	

AMIGOS	
FAMILIAR DIRECTO (hijos, padres, conyugue/conviviente)	
FAMILIAR INDIRECTO (hermanos, primos, nietos, sobrinos)	
OTROS. ¿Cuáles? (Completar)	

34. En relación a la atención que recibe del CMMM, para concurrir, ¿debe gastar dinero en el traslado desde su casa al Centro?

SI	
NO	

35. En caso de que requiera gastar dinero para trasladarse al CMMM, ese gasto, ¿le resulta un gasto importante? (contestar solo en caso de que la respuesta a la pregunta 30 sea afirmativa).

SI	
NO	

36. ¿Tiene dificultades para pagarlo? (contestar solo en caso de que la respuesta a la pregunta 30 sea afirmativa).

SI	
NO	

37. ¿Alguien le ayuda con el gasto que le ocasiona el traslado?

SI	
NO	

38. ¿Quién? (contestar en caso de haber respondido de manera afirmativa en el cuestionario n° 37)

FAMILIA	
ESTADO MUNICIPAL	
OBRA SOCIAL	
CMMM	
OTRO (completar)	

• **ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA**

39. Para deambular o desplazarse, ¿precisa de algún medio o dispositivo de apoyo?

SI	
NO	

40. En caso de ser afirmativa la respuesta, ¿qué medio emplea para ello?

MULETAS	
SILLA DE RUEDAS	
ANDADOR	
OTRO (.....)	

41. ¿El CMMM le prestó el dispositivo de apoyo? (contestar en caso de que la respuesta a cuestionario n° 39 sea afirmativa)

SI	
NO	
CONSEGUI POR MI CUENTA	

42. Para la asistencia al turno, ¿utiliza algún medio de transporte para llegar al CMMM?

CAMINATA	
VEHICULO PROPIO	
AUTOBUS/ COLECTIVO	
REMIS/TAXI PARTICULAR	
AMBULANCIA DE TRASLADO	
OTRO (completar)	

43. ¿Cuántos medios de transporte utiliza para concurrir al centro? En esta ocasión, le pido que incluya como opción la caminata (si es que la realiza).

UNO SOLAMENTE	
DOS	
TRES	
MAS DE TRES	

44. ¿Conoce la existencia de la COMBI de traslado interno que tiene el CMMM?

SI	
NO	

45. ¿Lo necesitó para acudir a las sesiones del CMMM?

SI	
NO	

46. ¿Trató de acceder a él? (pedir traslado en la COMBI)

SI	
NO (pasa a n° 48)	

47. ¿Logró acceder a él?

SI, HABIA DISPONIBILIDAD CUANDO LO SOLICITE	
NO HABIA DISPONIBILIDAD CUANDO LO SOLICITE	
OTRO (Completar)	

48. ¿A cuantas cuabras vive del CMMM?

(completar)

.....

49. ¿En qué barrio de Rio Grande vive?

ARRAIGO SUR	
CAP	
CENTRO	
CGT	
CHACRA II	
CHACRA IV	
CHACRA IX	
CHACRA XIII	
CISNES	
INTEVU 8	
INTEVU I	
MARGEN SUR	
MUTUAL	
OTROS (completar)	

50. ¿Existe algún puente, lago u otro accidente geográfico que Ud. deba atravesar para concurrir al CMMM?

SI (pasa a 51)	
NO (pasa a 52)	

51. ¿Cuál?

.....

- *ACCESIBILIDAD SIMBÓLICA Y CULTURAL*

52. Su problema actual de salud, ¿le impide realizar tareas domésticas?

SI	
NO (pasa a n° 54)	

53. ¿Cuáles?

COCINAR, LAVAR, PLANCHAR	
LIMPIEZA DEL HOGAR	
ATENDER Y ALIMENTAR A LAS MASCOTAS	
ARREGLAR ARTEFACTOS DE LA CASA	
OTRA (Completar)	

54. ¿Puede realizar ejercicio físico por fuera del CMMM? Tales como caminatas de más de 30 minutos diarias, correr, bicicleta fija, mancuernas.

SI	
NO (pasa a n° 56)	

55. ¿Cuántas veces por semana realiza actividad física?

ENTRE 1 Y 3 VECES	
TODOS LOS DIAS	
CUANDO ME ACUERDO	
NO REALIZO ACTIVIDAD, NO PUEDO	
OTRA.....

56. Cuando tiene un problema de salud, ¿Puede hablarlo con alguien?

SI	
NO	

57. ¿Con quién?

MI PSICOLOGO/A	
MIS HIJOS	
MI ESPOSA/O	
MIS PADRES	
AMIGOS	
OTROS (completar)	

58. ¿Quién toma decisiones para mejorar su salud?

YO MISMO	
MIS HIJOS	
MI ESPOSA/O	
OTROS

59. Su familia, ¿respeto su decisión? (Solo contestar si la respuesta a la pregunta n° 58 fue “yo mismo”).

SI	
NO	
AVECES	
OTRO

60. ¿Suele cumplir con la toma de medicación?

SI (pasa a n° 63)	
NO	
Si, A VECES	
NO TOMO MEDICACION (pasa a n° 63)	

61. ¿Alguien lo ayuda con la toma de medicación? (responder en caso de haber contestado de manera afirmativa al cuestionario n° 60).

SIEMPRE	
NO ME AYUDAN	
Si, A VECES	
NO NECESITO	

62. ¿Quién lo hace?

AMIGO	
ESPOSO/ESPOSA	
PADRES	
HIJOS	
NIETOS/AS	
CUIDADOR/a	
ENFERMERO/A	

63. ¿Suele cumplir con la asistencia a turnos?

SI (pasa a n° 64)	
NO	
Si, A VECES	
NO ASISTO A NINGUN LADO (pasa a n° 64)	

64. ¿Alguien lo ayuda con la asistencia a los turnos programados? (responder en caso de haber contestado de manera afirmativa al cuestionario n° 49).

SIEMPRE	
NO ME AYUDAN	
Si, A VECES	
NO NECESITO	

65. ¿Quién lo hace?

AMIGO	
ESPOSO/ESPOSA	
HIJOS	
NIETOS/AS	
CUIDADOR/a	
ENFERMERO/A	

66. Podría indicar ¿Cómo considera que es su estado de salud?

EXCELENTE	
MUY BUENA	
BUENA	
REGULAR	
MALA	
MUY MALA	

67. En referencia al centro de salud que ahora asiste, antes de necesitarlo, ¿conocía la existencia del CMMM?

SI	
NO	

68. En algún momento, ¿consultó a otro centro de rehabilitación para su terapia?

SI	
NO (pasa a n° 71)	

69. En caso de afirmación a pregunta n° 68, ¿se hizo atender en ese otro centro de salud?

SI	
NO	

70. ¿Por qué dejó de hacerlo? Puede elegir múltiples opciones.

LA ATENCIÓN NO ERA INTEGRAL/ INTERDISCIPLINARIA	
EL TURNO QUE TENÍA INTERFERÍA CON TAREAS DEL DÍA	
DEBÍA PAGAR POR LAS PRESTACIONES	
EL LUGAR DE ATENCIÓN ERA MUY LEJOS A SU HOGAR	
PORQUE NO LE DIERON TURNO NI ACCESO	
PORQUE MI FAMILIA ME HIZO CAMBIAR	
FUI DERIVADO POR LUGAR QUE ME ATENDÍA EN REHABILITACIÓN	

OTRO:	
-------	--

71. Con respecto a la solicitud de atención por el CMMM, ¿tuvo alguna otra dificultad para acceder a ella?

.....

.....

.....

.....

.....

72. Con respecto a la atención de salud, ¿Cómo es su experiencia?

EXCELENTE	
MUY BUENA	
BUENA	
MALA	
REGULAR	
N/S- N/C	
OTRO

73. ¿Cómo fue su experiencia con su terapeuta?

EXPERIENCIA CON SU TERAPEUTA/ ESPECIALIDAD	EXC	BUENA	REGULAR	MALA	N/S - N/C	NO RECIBI TERAPIA
KINESIOLOGIA						
HIDROTERAPIA						
PSICOLOGIA						
PSICOPEDAGOGIA						
PSICOMOTRICIDAD						
FONOAUDIOLOGIA						
NUTRICION						
REHAB CARDIOVASCULAR						
TERAPIA ADAPTADA						
PSIQUIATRIA						
CARDIOLOGIA						
NEUROLOGIA						
TERAPIA OCUPACIONAL						

74. ¿Está satisfecho con la información que su profesional le haya podido brindar respecto a la su terapia?

SI	
NO	
OTRO (Completar)	

75. ¿Le contestaron sus preguntas e inquietudes? (en caso de r = otro; pasa a n° 77)

SI	
NO	
OTRO Completar	

76. ¿Era lo que Ud. quería saber?

SI	
NO	
OTRO (Completar)	

77. Durante su tratamiento de rehabilitación física, su profesional, ¿ayudo a que consiga otra terapia por otra especialidad? (exceptuando la entrevista de admisión que le realizó el equipo médico directivo).

SI	
NO	

78. ¿Le pudo conseguir la terapia que él consideraba necesario para Ud.?

SI	
NO	

79. En caso de que su respuesta anterior sea negativa (n° 78), ¿Le ayudo a conseguir turnos por fuera del MM? (Centro de rehabilitación de servicio privado).

SI	
NO	

80. En términos generales, en cuanto a la relación que tuvo con el personal administrativo, ¿cómo fue?

EXPERIENCIA PERSONAL/ ADMINISTRATIVO	CON	EXC	BUENA	REGULAR	MALA	N/S - N/C	NO RECIBI TRATO
RECEPCION GENERAL							
ADMINISTRATIVA DE HIDROTERAPIA							
ADMINISTRATIVA DEL BANCO DE ORTOPEDIA							
COORDINACION ADMINISTRATIVA (JEFE)							

81. ¿Le ayudaron o facilitaron el acceso a los turnos o tratamientos? (turnos de rehabilitación por especialidad del CMMM, consultas médicas del CMMM, turnos con especialistas médicos del CM o privados, interconsultas con otros centros de atención de salud municipal).

SI	
NO	

82. Con respecto a la señalización de la Ciudad de Rio Grande, ¿tuvo problemas para encontrar el CMMM?

SI	
NO	

83. Con respecto a la señalización del centro, Tuvo problemas para encontrar:

SEÑALIZACION	SI	NO
CONSULTORIOS		
GIMNASIO		
BAÑOS		
SALIDAS DE EMERGENCIAS		
RECEPCION		
TRABAJADORA SOCIAL		
PILETA TERAPEUTICA		

84. En cuanto a la deambulaci3n dentro del centro de rehabilitaci3n ¿tuvo dificultad para moverse?

SEÑALIZACION	SI	NO
CONSULTORIOS		
GIMNASIO		
BAÑOS		
SALIDAS DE EMERGENCIAS		
RECEPCION		
TRABAJADORA SOCIAL		
PILETA TERAPEUTICA		

85. En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuáles fueron?

.....
....

86. ¿Modificaría algo del CMMM? Pregunta abierta.

.....
.....

.....
.....
.....

87. En un futuro en caso de necesitarlo, ¿Elegiría el CMMM por segunda vez?

SI	
NO	

¡¡Gracias!!

ANEXO 3:

Evaluación de expertos de la Encuesta de accesibilidad a los servicios de salud en rehabilitación que brinda el Centro Médico Mamá Margarita.

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para evaluar la accesibilidad a los servicios de salud en rehabilitación que brinda el Centro Médico Mamá Margarita.

En razón a ello se le brinda el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información objetiva, criterio requerido para toda investigación.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con una en la casilla que usted considere conveniente (pertinente o no pertinente) y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación al final en la sección de observaciones.

Ítems	Pertinente	No pertinente
1. Sexo		
MASCULINO		
FEMENINO		
OTRO		
2. Edad		
3. En referencia a su nivel educativo, ¿cuál es el máximo nivel que alcanzó? Seleccione con una cruz.		
NIVEL EDUCATIVO		
PRIMARIO		
SECUNDARIO		
TERCIARIO		
UNIVERSITARIO O MAS		
<i>ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA</i>		
4. En relación a la enfermedad actual, ¿con que diagnóstico de salud su médico le solicita rehabilitación? Marcar opción correcta.		
POLITRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO		
CIRUGIA DE COLUMNA		
NEUROLOGICO: ACV		
NEUROLOGICO: ELA		
NEUROLOGICO: COREA DE HAGMINTON		
DISTROFIAS MUSCULARES		
TRAUMATOLOGICO (Cual.....)		
OTRO (cuál.....)		
5. La lesión discapacitante que lo lleva a rehabilitación, ¿qué tiempo tiene? (desde que lo diagnosticaron a la fecha).		

MENOS DE 30 DIAS		
DE 31 DIAS A 6 MESES		
DE 6 MESES A 12 MESES		
MAS DE 12 MESES		
6. La lesión discapacitante que lo lleva a rehabilitación, es:		
TRANSITORIA		
PERMANENTE/ CRONICA		
NO SE		
OTRA		
7. Desde que su médico le indico rehabilitación, e incluyendo fila de atención, gastos de llamadas telefónicas, uso de internet para gestión de atención ¿cuántas horas pasaron para que le recepcionen la solicitud de rehabilitación en el CMMM?		
NO TUVO DEMORAS (Inmediato)		
1-3 hs		
4- 5 hs		
OTRO (completar.....)		
8. Desde que le recepcionaron su pedido de rehabilitación, ¿cuánto tiempo tardó en conseguir el turno?		
NO TUVO DEMORAS (recepción y turno en el momento de entrega de solicitud)		
INMEDIATO (1- 14 DIAS)		
MEDIATO (15- 30 DIAS)		
TARDIO (MAS DE 31 DIAS)		
9. En cuanto al turno de sesiones de rehabilitación, ¿le costó mucho esfuerzo en obtenerlo?		
SI, (mucho más esfuerzo del que esperaba)		
REGULAR, (la cantidad de esfuerzo que esperaba esfuerzo normal)		
NO, mucho menos esfuerzo de lo que esperaba		
10. ¿Necesitó ayuda de otras personas para conseguir el turno de atención?		
(en caso de respuesta negativa, pasa a cuestionario n° 12).		
SI		
NO		
11. ¿Cómo consiguió su turno de atención?		
PRESENTANDO SOLICITUD DE REHABILITACION		
CONSIGUIO EL TURNO POR VIAS INFORMALES (Político)		
LO CONSIGUIO POR ALGUIEN QUE TRABAJA DENTRO DE LA INSTITUCION		
LE CONSIGUIO UN TRABAJADOR SOCIAL		
FUE DERIVADO POR UN CENTRO DE SALUD (Hospital, CAPS, CAC)		
OTRO (completar)		
NO SABE- NO CONTESTA		

12. El turno otorgado, fue por:		
DERIVACIÓN		
CON TURNO PROGRAMADO		
TURNO PARA ATENCION DE URGENCIA		
OTRO		
13. ¿Qué caminos usó para obtener el turno?		
PRESENTANDO SOLICITUD DE REHABILITACION		
CONSIGUIO EL TURNO POR VIAS INFORMALES (Político)		
LO CONSIGUIO POR ALGUIEN QUE TRABAJA DENTRO DE LA INSTITUCION		
LE CONSIGUIO UN TRABAJADOR SOCIAL		
FUE DERIVADO POR UN CENTRO DE SALUD (Hospital, CAPS, CAC)		
OTRO (completar)		
NO SABE- NO CONTESTA		
14. Antes del primer turno, ¿Le realizaron la entrevista de admisión al CMMM?		
SI		
NO		
N/S N/C		
15. Según la entrevista de admisión, ¿A qué servicios de atención de salud que brinda el CMMM lo derivaron? - la selección puede ser de opción múltiple.		
ESPECIALIDAD		
KINESIOLOGIA		
HIDROTERAPIA		
PSICOLOGIA		
PSICOPEDAGOGIA		
PSICOMOTRICIDAD		
FONOAUDIOLOGIA		
NUTRICION		
REHAB CARDIOVASCULAR		
TERAPIA ADAPTADA		
PSIQUIATRIA		
CARDIOLOGIA		
NEUROLOGIA		
TERAPIA OCUPACIONAL		
16. ¿Cuántas veces por semana asiste al CMMM?		
1 VEZ POR SEMANA		
2 VECES POR SEMANA		
3 VECES POR SEMANA		
TODOS LOS DIAS		
OTRO (.....)		
17. ¿En qué turno?(TM: 08 A 13HS- TT: 14 A 19 HS)		
MAÑANA		
TARDE		

AMBOS TURNOS		
18. Ese turno que le otorgaron, ¿Le es cómodo el horario de atención?		
ME QUEDA MUY CÓMODO EL HORARIO		
ME QUEDA CÓMODO EL HORARIO		
NO ME GENERA GRANDES PROBLEMAS NI COMIDADES		
INTERFIERE UN POCO CON MIS ACTIVIDADES		
INTERFIERE MUCHO CON MIS ACTIVIDADES		
OTRO (completar)		
19. Ud. ¿Tiene trabajo? (en caso afirmativo pasa a cuestionario n° 22)		
SI		
NO		
20. ¿En qué relación laboral se encuentra?		
EMPLEADO (relación de dependencia, autónomo, monotributista etc.)		
DESEMPLEADO		
BUSCO TRABAJO		
NO BUSCO TRABAJO		
21. En los últimos 30 días, ¿busco trabajo? (contestaran quienes hayan dado respuesta NO a la pregunta 19 y pasa a cuestionario n° 24).		
SI		
NO		
22. En caso de ser activo y estar actualmente empleado, ¿Cuántas horas semanales trabaja?		
MENOS DE 19 HS SEMANALES		
20 A 30 HS SEMANALES		
ENTRE 31 Y 40 HS		
MAS DE 41HS SEMANLES		
23. ¿Se encuentra satisfecho con la cantidad de hs trabajadas o desea trabajar más?		
SATISFECHO		
INSATISFECHO		
24. En caso de no trabajar y su situación es ser desempleado/ no busco trabajo, Ud. es: (responder en caso de haber sido negativa la respuesta en cuestionario n° 19)		
JUBILADO		
PENSIONADO		
AMA/O DE CASA		
PERSONA CON DISCAPACIDAD		
ESTUDIANTE		
25. ¿Tiene obra social?		
SI		
NO TENGO, UTILIZO SALUD PUBLICA		

26. ¿Cuál? (puede seleccionar múltiples opciones/ contestar en caso de respuesta anterior afirmativa)		
SWIS MEDICAL		
SANCOR		
OSDE		
PAMI		
PROFE		
OSEF (ex Ipauss)		
OTRA		
27. En cuanto a su economía familiar, ¿Es Ud. el único proveedor de ingreso económico de su hogar?		
SI		
NO		
28. ¿Es Ud. jefe/a de familia? (en caso de respuesta negativa, pasa a cuestionario n° 29).		
SI		
NO		
29. ¿Quién es el/la jefe/a de familia?		
30. ¿Necesita ayuda económica para sobrellevar su situación actual de salud?		
SI		
NO		
31. ¿Cuál es el ingreso económico familiar mensual?		
Menor a \$10.000		
\$10.000-\$20.000		
\$20.000-\$30.000		
\$30.000-\$40.000		
Más de 40.000		
N/S- N/C		
32. ¿Tiene alguna ayuda económica para solventar los gastos de salud?		
SI		
NO		
33. ¿De dónde proviene la ayuda económica que recibe? (responder en caso afirmativo de pregunta n° 32)		
PLAN SOCIAL		
BECA- ¿Cómo se llama? (completar)		
PLAN ALIMENTARIO SECO/HUMEDO		
SUBSIDIO DEL ESTADO (Impuestos, alquileres, viáticos)		
ONG (Organización no Gubernamental)		
AMIGOS		
FAMILIAR DIRECTO (hijos, padres, conyugue/conviviente)		
FAMILIAR INDIRECTO (hermanos, primos, nietos, sobrinos)		
OTROS. ¿Cuáles? (Completar)		

34. En relación a la atención que recibe del CMMM, para concurrir, ¿debe gastar dinero en el traslado desde su casa al Centro?		
SI		
NO		
35. En caso de que requiera gastar dinero para trasladarse al CMMM, ese gasto, ¿le resulta un gasto importante? (contestar solo en caso de que la respuesta a la pregunta 30 sea afirmativa).		
SI		
NO		
36. ¿Tiene dificultades para pagarlo? (contestar solo en caso de que la respuesta a la pregunta 30 sea afirmativa).		
SI		
NO		
37. ¿Alguien le ayuda con el gasto que le ocasiona el traslado?		
SI		
NO		
38. ¿Quién? (contestar en caso de haber respondido de manera afirmativa en el cuestionario n° 37)		
FAMILIA		
ESTADO MUNICIPAL		
OBRA SOCIAL		
CMMM		
OTRO (completar)		
39. Para deambular o desplazarse, ¿precisa de algún medio o dispositivo de apoyo?		
SI		
NO		
40. En caso de ser afirmativa la respuesta, ¿qué medio emplea para ello?		
MULETAS		
SILLA DE RUEDAS		
ANDADOR		
OTRO		
41. ¿El CMMM le prestó el dispositivo de apoyo? (contestar en caso de que la respuesta a cuestionario n° 39 sea afirmativa)		
SI		
NO		
CONSEGUI POR MI CUENTA		
42. Para la asistencia al turno, ¿utiliza algún medio de transporte para llegar al CMMM?		
CAMINATA		
VEHICULO PROPIO		
AUTOBUS/ COLECTIVO		

REMIS/TAXI PARTICULAR		
AMBULANCIA DE TRASLADO		
OTRO (completar)		
43. ¿Cuántos medios de transporte utiliza para concurrir al centro? En esta ocasión, le pido que incluya como opción la caminata (si es que la realiza).		
UNO SOLAMENTE		
DOS		
TRES		
MAS DE TRES		
44. ¿Conoce la existencia de la COMBI de traslado interno que tiene el CMMM?		
SI		
NO		
45. ¿Lo necesitó para acudir a las sesiones del CMMM?		
SI		
NO		
46. ¿Trató de acceder a él? (pedir traslado en la COMBI)		
SI		
NO (pasa a n° 48)		
47. ¿Logró acceder a él?		
SI, HABIA DISPONIBILIDAD CUANDO LO SOLICITE		
NO HABIA DISPONIBILIDAD CUANDO LO SOLICITE		
OTRO (Completar)		
48. ¿A cuantas cuadras vive del CMMM?		
49. ¿En qué barrio de Rio Grande vive?		
ARRAIGO SUR		
CAP		
CENTRO		
CGT		
CHACRA II		
CHACRA IV		
CHACRA IX		
CHACRA XIII		
CISNES		
INTEVU 8		
INTEVU I		
MARGEN SUR		
MUTUAL		
OTROS (completar)		
50. ¿Existe algún puente, lago u otro accidente geográfico que Ud. deba atravesar para concurrir al CMMM?		
SI (pasa a 51)		
NO (pasa a 52)		

51. ¿Cuál?		
52. Su problema actual de salud, ¿le impide realizar tareas domésticas?		
SI		
NO (pasa a n° 54)		
53. ¿Cuáles?		
COCINAR, LAVAR, PLANCHAR		
LIMPIEZA DEL HOGAR		
ATENDER Y ALIMENTAR A LAS MASCOTAS		
ARREGLAR ARTEFACTOS DE LA CASA		
OTRA (Completar)		
54. ¿Puede realizar ejercicio físico por fuera del CMMM? Tales como caminatas de más de 30 minutos diarias, correr, bicicleta fija, mancuernas.		
SI		
NO (pasa a n° 56)		
55. ¿Cuántas veces por semana realiza actividad física?		
ENTRE 1 Y 3 VECES		
TODOS LOS DIAS		
CUANDO ME ACUERDO		
NO REALIZO ACTIVIDAD, NO PUEDO		
OTRA		
56. Cuando tiene un problema de salud, ¿Puede hablarlo con alguien?		
SI		
NO		
57. ¿Con quién?		
MI PSICOLOGO/A		
MIS HIJOS		
MI ESPOSA/O		
MIS PADRES		
AMIGOS		
OTROS (completar)		
58. ¿Quién toma decisiones para mejorar su salud?		
YO MISMO		
MIS HIJOS		
MI ESPOSA/O		
OTROS		
59. Su familia, ¿respeta su decisión? (Solo contestar si la respuesta a la pregunta n° 58 fue “yo mismo”).		
SI		
NO		
AVECES		
OTRO		
60. ¿Suele cumplir con la toma de medicación?		

SI (pasa a n° 63)		
NO		
Si, A VECES		
NO TOMO MEDICACION (pasa a n° 63)		
61. ¿Alguien lo ayuda con la toma de medicación? (responder en caso de haber contestado de manera afirmativa al cuestionario n° 60).		
SIEMPRE		
NO ME AYUDAN		
Si, A VECES		
NO NECESITO		
62. ¿Quién lo hace?		
AMIGO		
ESPOSO/ESPOSA		
PADRES		
HIJOS		
NIETOS/AS		
CUIDADOR/a		
ENFERMERO/A		
63. ¿Suele cumplir con la asistencia a turnos?		
SI (pasa a n° 64)		
NO		
Si, A VECES		
NO ASISTO A NINGUN LADO (pasa a n° 64)		
64. ¿Alguien lo ayuda con la asistencia a los turnos programados? (responder en caso de haber contestado de manera afirmativa al cuestionario n° 49).		
SIEMPRE		
NO ME AYUDAN		
Si, A VECES		
NO NECESITO		
65. ¿Quién lo hace?		
AMIGO		
ESPOSO/ESPOSA		
HIJOS		
NIETOS/AS		
CUIDADOR/a		
ENFERMERO/A		
66. Podría indicar ¿Cómo considera que es su estado de salud?		
EXCELENTE		
MUY BUENA		
BUENA		
REGULAR		
MALA		

MUY MALA		
67. En referencia al centro de salud que ahora asiste, antes de necesitarlo, ¿conocía la existencia del CMMM?		
SI		
NO		
68. En algún momento, ¿consultó a otro centro de rehabilitación para su terapia?		
SI		
NO (pasa a n° 71)		
69. En caso de afirmación a pregunta n° 68, ¿se hizo atender en ese otro centro de salud?		
SI		
NO		
70. ¿Por qué dejó de hacerlo? Puede elegir múltiples opciones.		
LA ATENCIÓN NO ERA INTEGRAL/ INTERDISCIPLINARIA		
EL TURNO QUE TENÍA INTERFERÍA CON TAREAS DEL DÍA		
DEBÍA PAGAR POR LAS PRESTACIONES		
EL LUGAR DE ATENCIÓN ERA MUY LEJOS A SU HOGAR		
PORQUE NO LE DIERON TURNO NI ACCESO		
PORQUE MI FAMILIA ME HIZO CAMBIAR		
FUI DERIVADO POR LUGAR QUE ME ATENDÍA EN REHABILITACIÓN		
OTRO:		
71. Con respecto a la solicitud de atención por el CMMM, ¿tuvo alguna otra dificultad para acceder a ella?		
72. Con respecto a la atención de salud, ¿Cómo es su experiencia?		
EXCELENTE		
MUY BUENA		
BUENA		
MALA		
REGULAR		
N/S- N/C		
OTRO		
73. ¿Cómo fue su experiencia con su terapeuta?		
EXPERIENCIA CON SU TERAPEUTA/ESPECIALIDAD		
KINESIOLOGIA		
HIDROTERAPIA		
PSICOLOGIA		
PSICOPEDAGOGIA		
PSICOMOTRICIDAD		
FONOAUDIOLOGIA		
NUTRICION		
REHAB CARDIOVASCULAR		
TERAPIA ADAPTADA		

PSIQUIATRIA		
CARDIOLOGIA		
NEUROLOGIA		
TERAPIA OCUPACIONAL		
74. ¿Está satisfecho con la información que su profesional le haya podido brindar respecto a la su terapia?		
SI		
NO		
OTRO (Completar)		
75. ¿Le contestaron sus preguntas e inquietudes? (en caso de r = otro; pasa a n° 77)		
SI		
NO		
OTRO Completar		
76. ¿Era lo que Ud. quería saber?		
SI		
NO		
OTRO (Completar)		
77. Durante su tratamiento de rehabilitación física, su profesional, ¿ayudo a que consiga otra terapia por otra especialidad? (exceptuando la entrevista de admisión que le realizo el equipo médico directivo).		
SI		
NO		
78. ¿Le pudo conseguir la terapia que él consideraba necesario para Ud.?		
SI		
NO		
79. En caso de que su respuesta anterior sea negativa (n° 78), ¿Le ayudo a conseguir turnos por fuera del MM? (Centro de rehabilitación de servicio privado).		
SI		
NO		
80. En términos generales, en cuanto a la relación que tuvo con el personal administrativo, ¿cómo fue?		
EXPERIENCIA CON PERSONAL/ADMINISTRATIVO		
RECEPCION GENERAL		
ADMINISTRATIVA DE HIDROTERAPIA		
ADMINISTRATIVA DEL BANCO DE ORTOPEDIA		
COORDINACION ADMINISTRATIVA (JEFE)		
81. ¿Le ayudaron o facilitaron el acceso a los turnos o tratamientos? (turnos de rehabilitación por especialidad del CMMM, consultas médicas del CMMM, turnos con especialistas médicos del CM o privados, interconsultas con otros centros de atención de salud municipal).		
SI		

NO		
82. Con respecto a la señalización de la Ciudad de Rio Grande, ¿tuvo problemas para encontrar el CMMM?		
SI		
NO		
83. Con respecto a la señalización del centro, Tuvo problemas para encontrar:		
SEÑALIZACION		
CONSULTORIOS		
GIMNASIO		
BAÑOS		
SALIDAS DE EMERGENCIAS		
RECEPCION		
TRABAJADORA SOCIAL		
PILETA TERAPEUTICA		
84. En cuanto a la deambulacion dentro del centro de rehabilitación ¿tuvo dificultad para moverse?		
SEÑALIZACION		
CONSULTORIOS		
GIMNASIO		
BAÑOS		
SALIDAS DE EMERGENCIAS		
RECEPCION		
TRABAJADORA SOCIAL		
PILETA TERAPEUTICA		
85. En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuáles fueron?		
86. ¿Modificaría algo del CMMM? Pregunta abierta.		
87. En un futuro en caso de necesitarlo, ¿Elegiría el CMMM por segunda vez?		
SI		
NO		

Observaciones: